

.....  
miejsowość i data

.....  
.....  
.....

(nazwa Oferenta)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogłoszenia oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SPZZOZ Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie oraz akceptuje warunki w nich zawarte na stanowisku :.....

.....  
( podpis Oferenta)