

.....
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)