

.....
miejscowość i data

.....
.....
.....
(nazwa Oferenta)

OŚWIADCZENIE

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

.....
(podpis Oferenta)