Imię: …………………………………………….. Data ……………….……….…………………

Nazwisko: ……………………………………..

PESEL: …………………………………………….

**Oświadczenie personelu**

Oświadczam, że w związku ze złożoną ofertą przez Oferenta:

……………….……………………………………………………………………………….………………………………………………………

do postępowania ogłoszonego w trybie konkursu ofert:

* w rodzaju ………………………………………………………………
* na zakres świadczeń …………………………………………..………………….
* na obszar kontraktowania ……………………………………….…………………….

zobowiązuję się do podjęcia współpracy z w/w podmiotem leczniczym w przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych ogłoszonym przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia począwszy **od dnia ………………………** w wymiarze zatrudnienia wynoszącym **………………….… godzin tygodniowo** oraz następującym szczegółowym harmonogramem [1] pracy:

Poniedziałek: w godzinach od ………………………..… do …………………………….

Wtorek: w godzinach od ……………………..…… do …………………………….

Środa: w godzinach od ………………………..… do …………………………….

Czwartek: w godzinach od ………………………….. do …………………………….

Piątek: w godzinach od ………………………….. do …………………………….

Sobota: w godzinach od ………………………….. do …………………………….

Niedziela: w godzinach od ………………………….. do …………………………….

Jednocześnie oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132   
ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych   
(t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.)

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

(podpis osoby reprezentującej świadczeniodawcę) (czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

[1] Podać w przypadku świadczeń, dla których wymagany jest szczegółowy godzinowy harmonogram pracy w rozbiciu na dni tygodnia.