

.....
Imię i nazwisko oferenta

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Oświadczam, że wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jestem zdolny(a) do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z umową zawartą z SP ZOZ Powiatowym Pogotowiem Ratunkowym w Świdnicy.

.....
Świdnica, (data)

.....
Podpis oferenta