

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2020, poz. 882 ze zm.)

☐

POSIADAM

☐

NIE POSIADAM

Doświadczenie/a w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5000 godzin w okresie ostatnich 5 lat.

Miejscowość i data

Czytelny podpis Oferenta