

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam kadre niezbędną do realizacji świadczeń zdrowotnych niezbędnych do realizacji programu pod nazwą „**Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023**”.

Wyżej wymieniony program realizować będzie

.....

.....
(wskazać liczbę i kwalifikacje zawodowe osób niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych)

.....
data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu

BURMISTRZ

Bogdan Pawłowski