Załącznik nr 1 do szczegółowych warunków wymaganych od świadczeniodawców i kryteria ocen lekarzy.

 …………….dn……………..

 (miejscowość)

……………………………..

(imię i nazwisko)

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

(adres)

OŚWIADCZENIE

 Niżej podpisany/(a) ……………………………………legitymujący/(a) się dowodem

osobistym…………………………….oświadczam, że:

posiadam 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w:

1/ szpitalnym oddziale ratunkowym\*

2/ zespole ratownictwa medycznego\*

3/ lotniczym zespole ratownictwa medycznego\*

4/ izbie przyjęć szpitala\*.

\*niepotrzebne skreślić

 …………………………………………………..