**WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

1. Liczba osób udzielających świadczeń:

…………………………………………………………………..

1. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń:

…………………………………………………………………..

1. Miejsce udzielania świadczeń:

…………………………………………………………………..

1. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej (numer polisy OC, zakład ubezpieczający, okres obowiązywania polisy OC - w przypadku, gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu realizacji umowy niezbędne jest oświadczenie o jej przedłużeniu)

…………………………………………………………………..

1. Inne:

…………………………………………………………………..

………………………………………………………………….

(podpis i pieczątka osoby upoważnionej   
do reprezentowania Oferenta)

…………………………………………..

miejscowość i data