

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę i gwarantuję dyspozycyjność udzielania świadczeń zdrowotnych należących do zadań pielęgniarki/ pielęgniarza operacyjnego w wymiarze co najmniej 40 - 50 % godzin wynikających z normy dla równoważnika 1 etatu (160 godzin) w poszczególnych miesiącach przez większość okresu, na który będzie zawarta Umowa.

.....

Miejscowość i data

.....

podpis Oferenta