

IZJAVA
o stručnoj – specijalističkoj osposobljenosti medicinskog osoblja

Ponuditelj: _____
(naziv ponuditelja, adresa i OIB)

izričito potvrđuje da raspolaže stručnim osobama koje posjeduju specifičnu medicinsku stručnu sposobnost- specijalizaciju i iskustvo za izvršenje pojedine stavke predmetne nabave – sistematski pregled po specifikaciji opisanoj u Troškovniku –Prilog II., neovisno o tome je su li zaposlenici zdravstvene ustanove - ponuditelja ili druge zdravstvene ustanove, a što ponuditelj potvrđuje svojim pečatom i potpisom ovlaštene osobe.

Datum: _____

ZA PONUDITELJA:
(ime i prezime te potpis ovlaštene osobe)

M.P.