

.....

.....

miejsowość i data

.....

.....

nazwa oferenta

OŚWIADCZENIE

oświadczam, że dopełniłem obowiązek Doskonalenia Zawodowego Ratownika Medycznego na podstawie § 3 pkt. 2 rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 13 grudnia 2019 roku w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych

oświadczam, że nie dopełniłem obowiązek Doskonalenia Zawodowego Ratownika Medycznego na podstawie § 3 pkt. 2 rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 13 grudnia 2019 roku w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych

.....

podpis oferenta