Załącznik nr 9

………………………………………..

 Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że posiadam……………………………… doświadczenie w udzielaniu świadczeń tomografii komputerowej w systemie całodobowym w lokalizacji szpitala - dla pacjentów hospitalizowanych.

…………………………………….

(podpis osoby upoważnionej)