

**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 usluge, neovisno o tome je su li zaposlenici zdravstvene ustanove - ponuditelja ili druge zdravstvene ustanove, za koje će priložiti dokaz (npr. ugovor o djelu) o raspolaganju njihovim uslugama.

Ime i prezime osobe:

Ime i prezime osobe:

Ime i prezime osobe:

Ime i prezime osobe:

Ime i prezime osobe:

Ime i prezime osobe:

a što ponuditelj potvrđuje svojim pečatom i potpisom ovlaštene osobe.

U \_\_\_\_\_, 2024.

M.P.

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

---