

Konkurs nr 65/2018

Załącznik nr 2

.....  
pieczęćka Oferenta

Sporządza samodzielnie Oferent  
**Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających  
świadczeń medycznych objętych ofertą  
(minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych)**

| <b>Nazwa zawodu<br/>i posiadanych<br/>specjalizacji medycznych,<br/>informacje o odbywaniu szkolenia<br/>specjalizacyjnego</b> | <b>Osoba udzielająca<br/>świadczeń</b> | <b>Kwalifikacje<br/>oraz<br/>doświadczenie w wykonywaniu świadczeń<br/>będących przedmiotem oferty<br/>(podać daty od-do i podmioty)<br/>odpowiednio do składanej oferty wskazać<br/>doświadczenie w pracy w zawodzie lekarza</b> |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |

.....  
Data i podpis Oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela

Szpitala Pomorskie Sp. z o.o.

ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia | tel. + 48 58 72 60 119; fax +48 58 72 60 332  
Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy KRS 0000492201  
| kapitał zakładowy: 162 881 500,00 zł

NIP 586 22 86 770 | REGON 190 14 16 12 | Bank PKO BP S.A. nr 68 1440 1084 0000 0000 0011 0148  
e-mail: sekretariat@szpitalpomorskie.eu | [szpitalpomorskie.eu](http://szpitalpomorskie.eu)