

Konkurs nr 67/2018

Załącznik nr 2

.....
pieczęćka Oferenta

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

Nazwa zawodu i posiadanych specjalizacji medycznych, informacje o odbywaniu szkolenia specjalizacyjnego itp.	Osoba udzielająca świadczeń	Kwalifikacje oraz doświadczenie w wykonywaniu świadczeń będących przedmiotem oferty (podać daty od-do i podmioty) odpowiednio do składanej oferty wskazać doświadczenie w pracy zgodnym ze składana ofertą

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

Szpitala Pomorskie Sp. z o.o.