

Konkurs nr 12/2021



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	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 w zawodzie lekarza w tym (jeśli dotyczy) doświadczenie w kierowaniu/ koordynowaniu komórką organizacyjną zakładu leczniczego

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

 Sokółowska

radca prawny
GD-2118

Szpital 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: 174 254 000,00 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@szpitalepomorskie.eu | szpitalepomorskie.eu