**Konkurs nr 65/2021**

**Załącznik nr 2**

……………………………

pieczątka Oferenta

Sporządza samodzielnie Oferent

###### Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających

**świadczeń zdrowotnych objętych ofertą**

**(minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa zawodu**  **i posiadanych**  **specjalizacji medycznych,**  **informacje o odbywaniu szkolenia specjalizacyjnego**  **lub inne stosownie do warunków konkursu** | **Osoba udzielająca**  **świadczeń** | **Kwalifikacje**  **oraz doświadczenie w wykonywaniu świadczeń będących przedmiotem oferty**  **(podać daty od–do i podmioty)**  **w tym doświadczenie w pracy w zawodzie technika elektroradiologii**  **zgodnie z warunkami konkursu, w tym co najmniej półroczne doświadczenie w wykonywaniu pracy na urządzeniu do mammografii i tomografii komputerowej oraz jeśli dotyczy doświadczenie w koordynowaniu komórką organizacyjną zakładu leczniczego** |
|  |  |  |

..............................................................................

Data i podpis Oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela\*\*\*

\*\*\*Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale lub uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawc**ę**