**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**