**Konkurs nr 10/2023**

**Załącznik nr 2**

……………………………

pieczątka 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**  **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 psychoterapeuty, terapeuty środowiskowego i psychologa zgodnie z warunkami konkursu\* w tym (jeśli dotyczy) doświadczenie w koordynowaniu komórką organizacyjną zakładu leczniczego** |
|  |  |  |

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

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

\*pod pojęciem udokumentowane doświadczenie należy rozumieć doświadczenie w wymaganym zakresie potwierdzone dokumentem w formie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, lub umowy o wolontariat, lub świadectwa pracy, lub oświadczenia zawierającego wskazanie zakresu i numeru umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia i z którego wynika okres zatrudnienia lub świadczenia usług.

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