**Konkurs nr 130/2024**

**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** **kursów oraz specjalizacji medycznych** | **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 technika elektroradiologii, w tym doświadczenie w pracy na  Rezonansie Magnetycznym i Tomografii Komputerowej** |
|  |  |  |

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

Data i podpis Oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela\*

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