**Konkurs nr 179/2024**

**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** **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**  |
|  |  |  |

…………………………………

Data i podpis Oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela\*

\*Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale lub uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę.