**Konkurs nr 269/2024**

**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 w tym doświadczenie w pełnieniu zadań zastępcy/lub kierujacego komórką organizacyjną zakładu leczniczego (jeśli dotyczy tego oferta)** |
|  |  |  |

…………………………………

Data i podpis Oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela\*

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