**Konkurs nr 298/2024**

**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 pielęgniarki/pielęgniarza**  |
|  |  |  |

…………………………………………………

Data i podpis Oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela\*

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