Załącznik nr 2

**WYKAZ PRACOWNIKÓW**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Imię nazwisko | Posiadane kwalifikacje (ratownik medyczny/ratownik medyczny z uprawnieniami kierowcy, pielęgniarka/arz systemu) | Okres wykonywania usługi | Adres podmiotu na rzecz którego była wykonywana dotychczasowa usługa |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |

Wykaz składa podmiot leczniczy

Data ………………………………….. ……………………………………………………………….

 Podpis przyjmującego zamówienie