Załącznik nr 4 do SWKO

SPZOZ.DŚM-ZP.500.9.2023

WYKAZ

PERSONELU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

w imieniu Oferenta wraz z wymaganymi kwalifikacjami

(dotyczy podmiotu leczniczego).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **NAZWISKO I IMIĘ**  | **Nr wykonywania zawodu** | SPECJALNOŚCI |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Należy dostarczyć dokumenty kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje.

#### ........................................... ................................................ data Podpis Oferenta