***Wykaz osób biorących udział w realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach złożonej oferty konkursowej***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Imię i nazwisko** | **Nr prawa jazdy** | **Nr PESEL** | **Posiadane kwalifikacje** | **Staż pracy w zawodzie na stanowisku związanym z oferowanym zakresem usług** | **Posiadane dodatkowe kwalifikacje związane z przedmiotem oferty\*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

.................................................................

(podpis i pieczęć osoby reprezentującej Oferenta)