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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Imię i nazwisko** | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Nr PESEL** | **Tytuł**  **specjalisty**  **(podać zakres i stopień)** | **W trakcie specjalizacji\***  **(podać zakres i termin zakończenia)** | **Staż pracy w zawodzie na stanowisku związanym z oferowanym zakresem usług** | **Posiada wpis do rejestru praktyk zawodowych\*\*** | **Posiada aktualne zaświadczenie lekarskie dopuszczające do udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych\*\*** |
|  |  |  |  |  |  |  | TAK / NIE | TAK / NIE |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

(podpis i pieczęć osoby reprezentującej Oferenta)