

.....
(pieczęć Oferenta)

WYKAZ PERSONELU

| LP. | IMIĘ I NAZWISKO | NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU | SPECJALIZACJA (STOPIEŃ ORAZ RODZAJ) | HARMONOGRAM (JEŻELI DOTYCZNY) LUB LICZBA GODZIN TYGODNIOWO | TYP PERSONELU (LEKARZ, PIEŁĘGNIARKA, SEKRETARKA ITP.) |
|-----|-----------------|--------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Na potwierdzenie kwalifikacji ww. personelu dołączam kserokopie dokumentów:

- potwierdzające kwalifikacje zawodowe,
- dyplom ukończenia uczelni medycznej,
- prawo wykonywania zawodu,
- posiadaną specjalizację,
- polisę OC (jeżeli dotyczy)
- aktualne badania lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta)