***Załącznik nr 6 do SWKO nr 2/XII/2024***

**WYKAZ PERSONELU**

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

Na potwierdzenie kwalifikacji ww. personelu dołączam kserokopie dokumentów:

* Potwierdzające kwalifikacje zawodowe,
* Dyplom ukończenia uczelni medycznej,
* Prawo wykonywania zawodu,
* Specjalizację,
* Polisę Oc (jeżeli dotyczy)
* Aktualne badania lekarskie stwierdzające brak przeciwskazań do pracy na określonym stanowisku.

.................................., dnia .................. .........................................................................

*miejscowość i data podpisy i pieczęcie osób upoważnionych*

 *do reprezentowania Świadczeniodawcy*