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

…………………………………

 *(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, PIELĘGNIARKA, 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.

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

 *(miejscowość i data) (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych*

 *do reprezentowania Oferenta)*