

Konkurs nr 47/2018

Załącznik nr 2

.....
pieczęć Oferenta

Sporządza samodzielnie Oferent
**Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających
świadczeń medycznych objętych ofertą
(minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych)**

Nazwa zawodu i posiadanych kursów oraz specjalizacji medycznych	Osoba udzielająca świadczeń	Kwalifikacje oraz doświadczenie w wykonywaniu świadczeń będących przedmiotem oferty (podać daty od-do i podmioty) odpowiednio do składanej oferty wskazać doświadczenie w pracy ratownika medycznego

.....
Data i podpis Oferenta lub jego
upoważnionego przedstawiciela

Szpital Pomorskie Sp. z o.o.

ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia | tel. + 48 58 72 60 119; fax +48 58 72 60 332
Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy KRS 0000492201
| kapitał zakładowy: 162 881 500,00 zł

NIP 586 22 86 770 | REGON 190 14 16 12 | Bank PKO BP S.A. nr 68 1440 1084 0000 0000 0011 0148
e-mail: sekretariat@szpitalpomorskie.eu | szpitalpomorskie.eu