**Konkurs nr 68/2019**

**Załącznik nr 2**

pieczątka Oferenta

Sporządza samodzielnie Oferent

###### Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających

**świadczeń/usług objętych ofertą**

**(minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa zawodu****i posiadanych kursów** | **Osoba udzielająca****świadczeń/usług** | **Kwalifikacje****oraz****doświadczenie w wykonywaniu świadczeń/usług będących przedmiotem oferty****(podać daty od–do i podmioty)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

…………………………………

Data i podpis Oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela