**Konkurs nr 94/2019**

**Załącznik nr 2**

……………………………

 pieczątka 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 pielęgniarki / położnej, w tym (jeśli dotyczy) doświadczenie w zarządzaniu komórką organizacyjną zakładu leczniczego** |
|  |  |  |
|  |  |  |

…………………………………………………

Data i podpis Oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela