**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