**Konkurs nr 229/2025**

**Załącznik nr 2**

……..
pieczątka Oferenta

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

| **Nazwa zawodu i posiadanych 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 w zawodzie lekarza;** |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

……
Data i podpis Oferenta lub jego
upoważnionego przedstawiciela*

*Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale lub uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę