**Konkurs nr 254/2025** **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 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** |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

……
Data i podpis Oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela*

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