**Konkurs nr 253/2025**

**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, informacje o odbywaniu szkolenia specjalizacyjnego** | **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.