Konkurs nr 269/2025 **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 fizjoterapeuty**

……
Data i podpis Oferenta lub jego
upoważnionego przedstawiciela*

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