

Warszawa, dnia

Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będą wykonywane przez osoby, które posiadają stosowne kwalifikacje, odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu, zgodnie z wymaganiami stawianymi w ogłoszeniu, opisie przedmiotu zamówienia zał. nr 2 do ogłoszenia oraz obowiązującymi w Polsce przepisami.

WYKAZ OSÓB

Dotyczy konkursu ofert na: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Narodowym Instytucie Kardiologii w Warszawie przy ul. Alpejskiej 42 w zakresie kardiologii i transplantologii.

| Lp. | Nazwisko i imię | Wykształcenie | Prawo wykonywania zawodu | Specjalizacje, tytuły naukowe | Podać ilość lat doświadczenia (nazwa kliniki/oddziału), opisać doświadczenie w opiece nad pacjentem |
|-----|-----------------|---------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

***podpis osoby umocowanej
do reprezentowania Oferenta***