**Załącznik nr. 1**

**Kwalifikacje i doświadczenie Wykonawcy z grupą docelową w zakresie merytorycznym, którego dotyczy zamówienie.**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA** |  |
| **Wykształcenie umożliwiające przeprowadzenie danego zadania (nazwa ukończonych studiów/certyfikaty/**  **zaświadczenia)** |  |
| **Dodatkowe umiejętności/ kwalifikacje w kierunku diagnozowania i leczenia** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa usługi lub jej opis  (jeśli nazwa nie wskazuje na jednoznaczny związek z treścią zapytania). | Podmiot, dla którego zrealizowano usługę | Okres realizacji usługi (od dd- mm-rrrrr do dd- mm-rrrr) | Liczba godzin zrealizowanych usługi. |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| **….** |  |  |  |  |
|  | | **Razem liczba godzin:** | |  |

………………………..………… ………………………..…………………………

*(Miejscowość i data) (Podpis i pieczęcie Wykonawcy)*

------------------------------------

*Liczbę wierszy w tabeli można zwiększyć w zależności od potrzeb.*