...................................................... Załącznik nr 3 do SWKO

pieczęć Oferenta

### Wykaz osób udzielających świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem ich kwalifikacji zawodowych

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Imię i Nazwisko** | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **PESEL** | **Tytuł specjalisty (TAK/NIE)\*** | **Staż pracy w zawodzie na stanowisku związanym z oferowanym zakresem****usług** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

................................................... ..........................................

data ( *podpis i pieczątka Oferenta)*