

Pieczęć firmowa

WYKAZ PRACOWNIKÓW

Przystępując do zapytania ofertowego na zadanie:

**WYKONYWANIE KONSULTACJI Z ZAKRESU LECZENIA PRZECIWBÓLOWEGO DLA
PACJENTÓW SPZOZ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
NR 4 W BYTOMIU.**

NP/ŚZ/2/2021

reprezentując firmę (pełna nazwa firmy)

.....

Oświadczam, że dysponuję personelem zdolnym do należytego wykonania przedmiotu zamówienia, tj.: posiadającym odpowiednie wykształcenie, doświadczenie i odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami i następującymi wymaganiami - lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lekarz specjalista medycyny paliatywnej.

Lp.	Nazwisko i imię	Stanowisko	Nr prawa wykonywania zawodu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

....., dnia

.....
 Podpis osoby upoważnionej