

Załącznik nr do oferty

WYKAZ PRACOWNIKÓW

Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia

Przystępując do konkursu ofert na zadanie:

**WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE
NEUROFIZJOLOGICZNEGO MONITORINGU ŚRÓDOPERACYJNEGO DLA PACJENTÓW
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO NR 4 W BYTOMIU.**

NM/ŚZ/1/2024

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 poniższymi wymaganiami.

Udzielający zamówienia wymaga od Przyjmującego zamówienie odpowiednich kwalifikacji: tytułu specjalisty lub specjalizacji II^o z dziedziny neurologii lub neurochirurgii oraz pielęgniarza/pielęgniarkę lub ratownika medycznego posiadający udokumentowane doświadczenia w prowadzeniu neurofizjologicznego monitoringu śródoperacyjnego.

Lp.	Nazwisko i imię	Stanowisko	Posiadane kwalifikacje i uprawnienia
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

....., dnia

.....
Podpis osoby upoważnionej

