Załącznik nr 2 do Umowy

z dnia

……………………………………….

Miejscowość i data

**Wykaz – liczba i kwalifikacje zawodowe osób**

**udzielających świadczeń zdrowotnych objętych ofertą**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Imię i Nazwisko** | **PESEL** | **Numer PWZ** | **Kwalifikacje zawodowe.** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

Osoba wyznaczona do bezpośrednich kontaktów z Udzielającym Zamówienie:

………………………………………………………………, tel: **…………………….**

Wszystkie zmiany dotyczące powyższego wykazu winny być bezwzględnie aktualizowane i zgłaszane drogą mailowa na adres: grazyna.mizera@zdrowie.walbrzych.pl

………………………………………

data i podpis Przyjmującego Zlecenia