Załącznik nr 4 do SWKO

………………………………

 Pieczęć firmowa Oferenta

**WYKAZ PERSONELU**

**wskazanego do realizacji świadczeń zdrowotnych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię Nazwisko** | **Kwalifikacje personelu****( specjalizacja, dodatkowe kwalifikacje )** | **Prawo wykonywania zawodu** | **Tygodniowy wymiar czasu pracy** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |

**………………………**

 Miejscowość i data

 **………………………….**

 Pieczątka i podpis Oferenta