Załącznik nr 3 do umowy

z dnia …………….

***MINIMALNA LICZBA OSÓB UDZIELAJACYCH SWIADCZEŃ WRAZ Z OKREŚLENIEM ICH UPRAWNIEN I KWALIFIKACJI***

1. **Lekarze (w tym również lekarze anestezjolodzy)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Tytuł zawodowy** | **Nr prawa**  **wykonywania zawodu** | **Doświadczenie (w latach)** | **Uwagi** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

1. **Pielęgniarki (w tym również pielęgniarki anestezjologiczne)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Tytuł zawodowy** | **Nr prawa wykonywania**  **zawodu** | **Doświadczenie (w latach)** | **Uwagi** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

**PRZYJMUJĄCYZAMÓWIENIE UDZIELAJĄCYZAMÓWIENIA**

**……………………………………………. ……………………………………………….**