**Załącznik nr 2 do Regulaminu konkursu – usługi lekarskie - budynek B**

Konkursu na udzielanie zamówienia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii medycznej Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki”

**Wykaz personelu**

- dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowe praktyki lekarskie) oraz podmiotów leczniczych.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Oferent (dane oferenta) |  |  |
| L.p. |  | osoba wyznaczona do udzielania świadczeń | Deklaracja dotycząca miesięcznej liczby godzin gotowości do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia |
| Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe | Należy wpisać liczbę z  przedziału …….. - ….. godzin |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
| 11. |  |  |  |
| 12. |  |  |  |
| 13. |  |  |  |
| 14. |  |  |  |
| 15. |  |  |  |

…………………, dnia …………………. ………………………. (podpis Oferenta)