**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

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.

**PAKIET 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Oferent (dane oferenta) |  |  |
| L.p. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe | Liczba godzin prognozowanych **Należy wpisać liczbę z****Przedziału zgodnie z REGULAMINEM !!!** |
|  |  |  |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
| 11. |  |  |  |
| 12. |  |  |  |
| 13. |  |  |  |
| 14. |  |  |  |
| 15. |  |  |  |

**PAKIET 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oferent (dane oferenta) |  |
| L.p. |
| Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| 11. |  |  |
| 12. |  |  |
| 13. |  |  |
| 14. |  |  |
| 15. |  |  |

PAKIET 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oferent (dane oferenta) |  |
| L.p. |
| Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |

**PAKIET 4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oferent (dane oferenta) |  |
| L.p. |
| Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe, w tym doświadczenie pracy w zespole urazowym |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |

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