

**WYKAZ OSÓB WYKONUJĄCYCH PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA
I ICH KWALIFIKACJE**

Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych, tj. usługi w zakresie teleradiologii- opisu badań rezonansu magnetycznego.

l.p.	Imię i nazwisko	Wykształcenie i kwalifikacje	Stopień i nazwa specjalizacji	Nr prawa wykonywania zawodu
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć osoby uprawnionej/ osób uprawnionych
do reprezentowania Wykonawcy

