*Załącznik nr 3*

**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