

Pieczęć firmowa

WYKAZ PRACOWNIKÓW

Przystępując do zapytania ofertowego na zadanie:

**WYKONYWANIE USŁUG MEDYCZNYCH W ZAKRESIE NEUROFIZJOLOGICZNEGO
MONITORINGU ŚRÓDOPERACYJNEGO DLA POTRZEB SPZOZ WOJEWÓDZKIEGO
SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO NR 4 W BYTOMIU.**

TM/ŚZ/3/2021

reprezentując firmę (pełna nazwa firmy)

.....

.....

Oświadczam, że dysponuję personelem zdolnym do należytego wykonania przedmiotu zamówienia, tj.: posiadającym odpowiednie wykształcenie, doświadczenie i odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami i poniższymi wymaganiami.

Udzielający zamówienia wymaga od Przyjmującego zamówienie odpowiednich kwalifikacji: tytułu specjalisty lub specjalizacji II^o z dziedziny neurologii lub neurochirurgii lub pielęgniarka/pielęgniarsz lub ratownik medyczny posiadający udokumentowane doświadczenia w prowadzeniu neurofizjologicznego monitoringu śródoperacyjnego.

Lp.	Nazwisko i imię	Stanowisko	Posiadane kwalifikacje i uprawnienia
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

....., dnia

.....
Podpis osoby upoważnionej