

Załącznik Nr 2 do  
Ogłoszenia o konkursie  
z dnia 27 października 2021 r. w sprawie  
realizacji zadań z zakresu świadczeń  
gwarantowanych opieki zdrowotnej, w  
rodzaju rehabilitacja lecznicza dla  
mieszkańców Gminy Grabica.

(nazwa świadczeniodawcy lub odcisk pieczęci firmowej)

**WYKAZ PERSONELU PRZY POMOCY, KTÓREGO ŚWIADCZENIODAWCA BĘDZIE  
REALIZOWAŁ ŚWIADCZENIA BĘDĄCE PRZEDMIOTEM OFERTY.**

<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Wykształcenie - specjalizacja</b>	<b>Doświadczenie Zawodowe</b>

(podpisy osób upoważnionych i pieczęć imienna)\*

(miejsowość, data)

\* w przypadku braku pieczęci imiennej czytelny podpis