

Załącznik Nr 2 do
Ogłoszenia o konkursie
z dnia 24 listopada 2020 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.**

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie - specjalizacja	Doświadczenie Zawodowe

(podpisy osób upoważnionych i pieczęć imienna)*

(miejsowość, data)

* w przypadku braku pieczęci imiennej czytelny podpis