

Załącznik nr 7 do zapytania ofertowego nr 01/2020/EFS

Zestawienie osób świadczących usługę lekarską.

Oświadczam, że w moim imieniu usługę będą świadczyć następujące osoby, które spełniają warunki określone w Zapytaniu Ofertowym nr 01/2020/EFS

Lp.	Imię i Nazwisko lekarza	Nr prawa wykonywania zawodu	Staż pracy w zawodzie	Aktualne badania lekarskie TAK/NIE	Uzyskana lub w trakcie specjalizacja

.....

Podpis Oferenta