Załącznik nr 7 do zapytania ofertowego nr 07/2020/EFS/9.2.5

**Zestawienie osób świadczących usługę lekarską.**

Oświadczam, że w moim imieniu usługę będą świadczyć następujące osoby, które spełniają warunku określone w Zapytaniu Ofertowym nr 01/2020/EFS/9.2.5

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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