Załącznik nr 7 do zapytania ofertowego nr 7/EFS 9.2.1/2023

**Zestawienie osób świadczących usługę lekarską.**

Oświadczam, że w moim imieniu usługę będą świadczyć następujące osoby, które spełniają warunku określone w Zapytaniu Ofertowym nr 7/EFS 9.2.1/2023

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko lekarza | Nr prawa wykonywania zawodu | Staż pracy w zawodzie | Aktualne badania lekarskie TAK/NIE | Uzyskana lub w trakcie specjalizacja  | Szczepienie COVID-19TAK/NIE |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 ……………………………………………

 Podpis Oferenta