

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 warunki 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-19 TAK/NIE

.....

Podpis Oferenta