**Konkurs na wykonywanie usługi opisów badań w zakresie diagnostyki obrazowej w formie teleradiologii w SP ZOZ MSWiA w Koszalinie.**

......................................................

pieczęć oferenta

LISTA OSÓB UPRAWNIONYCH DO ŚWIADCZENIA USŁGI OPISÓW BADAŃ W ZAKRESIE DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ W FORMIE TELERADILOGII

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | PESEL | Numer prawa wykonywania zawodu | Kwalifikacje/nazwa specjalności | Stopień specjalizacji |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Oświadczamy, iż wyżej wymienieni lekarze (specjaliści) posiadają uprawnienia i kwalifikacje do wykonania usługi określonej w ogłoszonym konkursie ofert, a w przypadku konieczności potwierdzenia pw. przez Udzielającego zamówienia, załączymy kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje wskazanych powyżej osób w tym: dyplom lekarza, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalisty i inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje potwierdzone za zgodność z oryginałem.

.......................... dnia ……………….

*(miejscowość)*

……………………….…………

*(podpis oferenta)*