Załącznik Nr 1

**WYKAZ OSÓB**

**(wraz z kwalifikacjami) opisujących badania TK w czasie dyżurów medycznych w systemie teleradiologii**

Dot.: ogłoszenie konkursu ofert z 12.06.2024r/

Nazwa oferenta: ………………………………………………………………………………………………………………..

Siedziba:…………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Nr prawa wykonywania zawodu | Posiadana specjalizacja (nazwa, stopień) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Uwaga: należy dołączyć kserokopię prawa wykonywania zawodu oraz kserokopię dyplomu uzyskania odpowiedniej specjalizacji potwierdzonej za zgodność z oryginałem.

**Oświadczam, że wyżej wskazana kadra lekarzy opisujących badania posiada doświadczenie do wykonywania opisów badań będących przedmiotem umowy.**

…………………………………………………………………

Data i czytelny podpis oferenta