

Załącznik nr 7

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu szczepień w ramach „Gminnego Programu profilaktyki raka szyjki macicy – szczepienie HPV na lata 2016-2021”

Stanowisko/ Nazwisko i imię	Wykształcenie	Doświadczenie	Specjalizacja	Osoby będące w dyspozycji Wykonawcy /oddane do dyspozycji przez inny podmiot
lekarz podstawowej opieki zdrowotnej				Własne/oddane do dyspozycji *
lekarz podstawowej opieki zdrowotnej				
pielęgniarka pielęgniarka				

* niewłaściwe skreślić

UWAGA: Wykonawca jest zobowiązany wypełnić wszystkie rubryki, podając kompletne informacje, z których wynikać będzie spełnienie warunków, a także dołączyć oświadczenie Wykonawcy, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zadania, posiadają wymagane uprawnienia.

Nazwisko i imię:

Upoważniony do podpisania niniejszej oferty w imieniu:

.....

Miejscowość i data:

Pieczęć Wykonawcy, podpis: