**K/DOPIES/1/2025**

*Załącznik nr 3*

**WYKAZ OSÓB WYKONUJĄCYCH PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

**I ICH KWALIFIKACJE**

Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń   
zdrowotnych, tj. usługi w zakresie teleradiologii- opisu badań RTG w trybie dyżurowym, badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, za cenę łączną w okresie obowiązywania umowy.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie i kwalifikacje** | **Stopień i nazwa specjalizacji** | **Nr prawa wykonywania zawodu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

……………………………………………… ……………………………………..……..

Miejscowość, data Podpis i pieczęć osoby uprawnionej/ osób uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy