Załącznik Nr 1

.....

miejscowość, data

WYKAZ PERSONELU

WSKAZANEGO DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SZPITALU CZERNIAKOWSKIM SP. Z O.O. UL. STĘPIŃSKA 19/25, 00-739 WARSZAWA

L.p.	Nazwisko i imię	Nr dyplomu	Nr PWZ	PESEL	Kwalifikacje

Lista personelu może ulec zmianie podczas realizacji umowy w zależności od bieżących potrzeb Udzielającego zamówienia i możliwości Przyjmującego zamówienie; zawsze jednak Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się utrzymywać zatrudnienie lekarzy o odpowiednio potwierdzonych kwalifikacjach zawodowych w ilości zapewniającej prawidłową realizację świadczeń.

Oferent zobowiązuje się do aktualizowania wykazu niezwłocznie po zaistnieniu jakiejkolwiek zmiany i przekazywaniu go Przyjmującemu zamówienie.

.....

Pieczęć i podpis Oferenta