

WYKAZ PERSONELUWSKAZANEGO 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 jakiegokolwiek zmiany i przekazywaniu go Przyjmującemu zamówienie.

.....
Pieczęć i podpis Oferenta