Załącznik nr 2 do Formularza oferty

*pieczątka ~~Wykonawcy~~/Przyjmującego zamówienie\**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ ~~WYKONAWCĘ~~/PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE\* DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Wykształcenie | Kwalifikacje zawodowe  | Stanowisko |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Osoba/y uprawniona/e do kontaktowania się z ~~Zamawiającym~~/Udzielającym zamówienia\* w sprawie realizacji przedmiotu zamówienia:

Imię i nazwisko …………………………………………………… tel. …………………………

Osoba/y upoważniona/e do reprezentowania ~~Wykonawcy~~/Przyjmującego zamówienie\*:

Imię i nazwisko …………………………………………………… tel. …………………………

………………………… *(miejscowość)*, dnia ………… 2019 r.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | …………………………………………………… |
|  |  | *pieczątka i podpis osoby/ób upoważnionej/ych**do reprezentowania ~~Wykonawcy~~/Przyjmującego zamówienie\** |