

Wykaz kwalifikacji personelu medycznego

Realizującego świadczenia zdrowotne w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert:

Lp.	Imię i nazwisko	Rodzaj posiadanych kwalifikacji zawodowych, specjalizacja, odbyte kursy/ w tym kurs szczepień/	Nr statystyczny uprawnień, nr prawa wykonywania zawodu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

.....

(czytelne podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)

Wykaz realizacji podobnych programów

Lp.	Nazwa programu	Termin realizacji programu	Nazwa zleceniodawcy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
Doświadczenie w szczepieniach profilaktycznych wg kalendarza szczepień: TAK / NIE *			
	Miejsce wykonywania szczepień profilaktycznych	Termin realizacji	
1.			

.....

(czytelne podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)

*Niepotrzebne skreślić