

**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