Załącznik nr 5

Konkurs na wykonywanie usługi opisów badań w zakresie diagnostyki obrazowej w formie teleradiologii w SP ZOZ MSWiA w Koszalinie.

.....
pieczęć oferenta

LISTA OSÓB UPRAWNIONYCH DO ŚWIADCZENIA USŁUGI OPISÓW BADAŃ W ZAKRESIE DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ W FORMIE TELERADILOGII

L.p.	Imię i nazwisko	Numer prawa wykonywania zawodu

Oświadczamy, iż wyżej wymienieni lekarze (specjaliści) posiadają uprawnienia i kwalifikacje do wykonania usługi określonej w ogłoszonym konkursie ofert, a w przypadku konieczności potwierdzenia pw. przez Udzielającego zamówienia, załączymy kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje wskazanych powyżej osób w tym: dyplom lekarza, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalisty i inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje potwierdzone za zgodność z oryginałem.

..... dnia …….

(miejscowość)

……..……

(podpis oferenta)