**Załącznik nr 2 do Konkursu ofert**

**Dane dotyczące Wykonawcy**

Nazwa .........................................................................................................................

Siedziba .........................................................................................................................

Nr telefonu/faks ........................................................... e-mail; ..............................................

nr NIP ........................................................ nr REGON..........................................................

**Wykaz osób, które będą wykonywać świadczenia zdrowotne w ramach Umowy zawartej przez Przyjmującego Zamówienie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko  Adres zamieszkania | Kwalifikacje,  rok uzyskania | Uwagi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |