

ZAŁĄCZNIK NR 3
do Warunków konkursu

LICZBA, KWALIFIKACJE I DOŚWIADCZENIE
osób mających udzielać świadczeń zdrowotnych

lp.	Imię i nazwisko	Stanowisko	Kwalifikacje i wykształcenie	Podstawa zatrudnienia
1				
2				
3				
4				
5				
6				

.....

data

.....

podpis Wykonawcy