

.....
pieczęćka Oferenta

1. Kwalifikacje osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych ofertą
(nie niższe niż wymagane zgodnie z obowiązującymi przepisami)

| Lp. | Imię i nazwisko | Posiadane kwalifikacje (specjalizacja) | Dokładnie określone miejsce i godziny przyjęć |
|-----|-----------------|--|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2. Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych objętych ofertą w ciągu doby oraz dni udzielania świadczeń zdrowotnych w tygodniu

3. Minimalna liczba osób udzielających określonych w ofercie świadczeń zdrowotnych.....

4. Dane osoby upoważnionej do kontaktów w trakcie realizacji umowy (imię, nazwisko, nr telefonu, email).....

5. Dane adresowe laboratorium, w którym będą wykonywane badania laboratoryjne ujęte w załączniku nr 2 do SWKO oraz odległość w km od siedziby CD-L we Włocławku, ul. Królewiecka 2a (długość trasy samochodowej zgodnie z danymi z wyszukiwarki Google Maps)

.....
data, pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta /
w przypadku działania na podst. pełnomocnictwa
należy powołać ten fakt i dołączyć pełnomocnictwo