

Załącznik nr 3 do SWKO

Kwalifikacje osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych ofertą w

w **GRUPIE I / II** * *(niepotrzebne skreślić)*

(nie niższe niż wymagane zgodnie z obowiązującymi przepisami)

1. Informacja na temat pracowników zatrudnionych na stanowisku diagnostów laboratoryjnych i pracowników z posiadaną specjalizacją.

NAZWA I DANE ADRESOWE			
Przyjmującego zamówienie / laboratorium, w którym są wykonywane badania:			
.....			
Lp.	Imię i nazwisko	Posiadane kwalifikacje (specjalizacja / stopień naukowy)	Staż pracy
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

* w razie potrzeby można rozszerzać tabelę

2. Osoby wyznaczone do kontaktu ze strony Przyjmującego zamówienie /laboratorium wykonuj

a) punkt przyjmowania materiału do badań :

.....

(adres, Imię i nazwisko, nr telefonu kontaktowego, e-mail)

b) do interpretacji sprawozdania z badań ze strony Przyjmującego zamówienie z zaznaczeniem kompe

.....

(Imię i nazwisko, numer telefonu, e-mail)

c) do przyjmowania reklamacji (w tym dot. rozliczeń miesięcznych za badania, faktur/korekt)

.....

(Imię i nazwisko, numer telefonu, e-mail)

d) do zmian ustaleń umowy, awariach oraz innych elementach mających wpływ na jakość i czas wyko

.....

(Imię i nazwisko, numer telefonu, e-mail)

.....

Data i podpis Przyjmującego zamówienie

łączonego badania:

stencji :

owania świadczonych usług