

Wykaz osób wykonujących świadczenia w zakresie diagnostyki obrazowej i ich kwalifikacje

Lp	Nazwisko i imię	NUMER PESEL	Wykształcenie i kwalifikacje zawodowe	Numer PWZ (jeżeli dotyczy)	Stopień i nazwa specjalizacji (w przypadku personelu lekarskiego)

Niniejszym oświadczam, że wyżej wymienione osoby wyznaczone do realizacji Zamówienia posiadają odpowiednie kwalifikacje a liczba ich jest stosowna do zakresu, czasu i rodzaju wykonywanych badań określonych w SWKO. Dodatkowo osoby te posiadają odpowiednie kwalifikacje umożliwiające realizację zadań zgodną z założeniami SWKO.

Ponadto, oświadczam iż przedstawię wykaz osób realizujących zadanie najpóźniej w dniu podpisania umowy oraz na każde żądanie Zamawiającego w czasie jej trwania.

.....
miejsowość, data

.....
podpis oferenta