

Wykaz kwalifikacji personelu medycznego

Realizującego świadczenia zdrowotne w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert:

Lp.	Imię i nazwisko	Rodzaj posiadanych kwalifikacji zawodowych, specjalizacja, odbyte kursy	Nr statystyczny uprawnień, nr prawa wykonywania zawodu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

.....

(czytelne podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)

Wykaz realizacji podobnych programów

Lp.	Nazwa programu	Termin realizacji programu	Nazwa zleceniodawcy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
Doświadczenie w realizowanych działaniach profilaktycznych oraz sprzedaży leków i środków medycznych: TAK / NIE *			
	Miejsce wykonywania działań profilaktycznych i rodzaj działań.	Termin realizacji	
1.			

.....

(czytelne podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)

*Niepotrzebne skreślić