

Załącznik nr 4 do ogłoszenia o konkursie ofert

Wykaz personelu medycznego, przy pomocy którego oferent będzie realizował świadczenia będące przedmiotem konkursu ofert*.

RODZAJ: ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE/LECZENIE SZPITALNE
ZAKRES: REHABILITACJA LECZNICZA W SYSTEMIE STACJONARNYM
Miejsce udzielania świadczeń:

PERSONEL MEDYCZNY/ODDZIAŁ _____

L.P	IMIĘ I NAZWISKO	Funkcja (np. lekarz prowadzący, fizjoterapeuta, psycholog...)	SPECJALIZACJA i WYMAGANE CERTYFIKATY** (np. nr PWZF)	TYTUŁ NAUKOWY	DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE

Podpis oferta/data _____

- - należy wypełnić uwzględniając odpowiednią liczbę kadry lekarskiej i specjalistycznej

** - w przypadku fizjoterapeutów dopuszcza się jedynie osoby z Prawem Wykonywania Zawodu Fizjoterapeuty, w przypadku masażysty dopuszcza się jedynie dyplom technika lub fizjoterapeuty

