........................................... Załącznik nr 3 do SWKO

**dane Oferenta**

dotyczy: konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej poprzez zdalne opisy badań tomografii komputerowej (TK), badań rentgenowskich (RTG) i badań rezonansem magnetycznym (RM) na rzecz pacjentów Powiatowego Centrum Zdrowia sp. z o.o. (nr sprawy AZP.4300.3.2024)

**Wykaz lekarzy** **Przyjmującego zamówienie wykonujących opisy badań tomografii komputerowej (TK), badań rentgenowskich (RTG) i badań rezonansem magnetycznym (RM) dla Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.**

**(prosimy dołączyć dokumenty potwierdzające kwalifikacje)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Numer Prawa Wykonywania Zawodu** | **Kwalifikacje**  **zawodowe** | **Doświadczenie zawodowe** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |

**…...........................................**

**data i podpis Oferenta**