**Załącznik nr 3 do SWKO**

**WYKAZ PERSONELU**

**Wykaz personelu medycznego tj. lekarzy patomorfologów specjalistów oraz cytodiagnostów, do wykonywania badań histopatologicznych w tym śródoperacyjnych oraz cytologicznych na rzecz pacjentów Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Imię i nazwisko | Stanowisko osoby **udzielającej świadczenia zdrowotne** | **Kwalifikacje zawodowe wraz z nr prawa wykonywania zawodu** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Do wykazu personelu należy dołączyć, dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe tylko dla:***

1. ***wymaganego min. lekarzy patomorfologów specjalistów oraz cytodiagnostów (określonych w Rozdziale IV pkt. 4 SWKO),***
2. ***dla patomorfologów specjalistów warunkujących otrzymanie dodatkowych punktów w kryterium oceny ofert (max 5 specjalistów)***

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

***data i podpis osoby upoważnionej***