**Załącznik nr 3 do SWKO**

 **WYKAZ PERSONELU**

**Liczba i kwalifikacje personelu medycznego planowanego do wykonywania badań histopatologicznych w tym śródoperacyjnych oraz cytologicznych na rzecz pacjentów Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.**

**(prosimy dołączyć dokumenty potwierdzające kwalifikacje)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Imię i nazwisko | Stanowiska osób**udzielających świadczeń** | **Kwalifikacje** **zawodowe**  | **Miejsce pracy** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

 **data i podpis osoby upoważnionej**