**Załącznik nr 4**

**Wykaz pracowników, którzy będą realizowali przedmiot konkursu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Posiadane uprawnienia do wykonywania badań\* | Numer prawa wykonywania zawodu | Stanowisko |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

\* zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2023 r. poz. 1515)

…………………………………….

(data i podpis Oferenta)