

Chorzów,
wpisać datę

Znak sprawy: ZSM/KO/NISOZ_D/LiP/22/2026

**Konkurs ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Zespole Szpitali Miejskich
w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla dorosłych****WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA – LEKARZE**

1. Składając ofertę w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych w trybie konkursu ofert ZSM/KO/NISOZ_D/LiP/22/2026 na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Zespole Szpitali Miejskich w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla dorosłych przedkładam/y poniższy wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia:

Lp.	Imię i nazwisko	Specjalista (-tka) TAK/NIE	Nr prawa wykonywania zawodu, organ wydający	Podstawa do dysponowania daną osobą np. umowa zlecenie, umowa o pracę, umowa kontraktowa	Dane osoby w celu weryfikacji w rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle seksualnym
1					PESEL: Imię Ojca: Imię Matki: Nazwisko rodowe osoby: Data urodzenia osoby:
2					PESEL: Imię Ojca: Imię Matki: Nazwisko rodowe osoby: Data urodzenia osoby:
3					PESEL: Imię Ojca: Imię Matki: Nazwisko rodowe osoby: Data urodzenia osoby:
4					PESEL: Imię Ojca: Imię Matki: Nazwisko rodowe osoby: Data urodzenia osoby:

5					PESEL: Imię Ojca: Imię Matki: Nazwisko rodowe osoby: Data urodzenia osoby:
6					PESEL: Imię Ojca: Imię Matki: Nazwisko rodowe osoby: Data urodzenia osoby:
7					PESEL: Imię Ojca: Imię Matki: Nazwisko rodowe osoby: Data urodzenia osoby:
8					PESEL: Imię Ojca: Imię Matki: Nazwisko rodowe osoby: Data urodzenia osoby:
9					PESEL: Imię Ojca: Imię Matki: Nazwisko rodowe osoby: Data urodzenia osoby:
10					PESEL: Imię Ojca: Imię Matki: Nazwisko rodowe osoby: Data urodzenia osoby:

2. Jednocześnie oświadczam/y, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają uprawnienia wymagane odpowiednimi przepisami prawa.

.....
Podpis wraz z pieczęcią osoby
uprawnionej do reprezentowania Oferenta