**Załącznik Nr 1**

**WYKAZ PODWYKONAWCÓW UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W:**

**Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym i WZW łączonym z Oddziałem Dermatologicznym**

**Wraz z Załącznikiem Nr 1 należy złożyć kopie dokumentów:**

**( dyplom AM, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji, kartę specjalizacji, zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych, zaświadczenie o odbyciu przeszkolenia w zakresie BHP ) – dotyczy osób, których dokumenty nie znajdują się w posiadaniu Szpitala Specjalistycznego w Jaśle.**

**.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwisko**  | **Imię** | **Kwalifikacje / specjalizacja – w trakcie specjalizacji/** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **……………………………………………………………..**

 **( podpis i pieczątka Oferenta)**