

Załącznik Nr 2
do Ogłoszenia o konkursie ofert z dnia 05.01.2026 r.
na realizację zadań z zakresu
świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej
w rodzaju rehabilitacja lecznicza
dla mieszkańców Gminy Mniszków

.....
(nazwa świadczeniodawcy lub odcisk pieczęci firmowej)

**WYKAZ PERSONELU PRZY POMOCY, KTÓREGO ŚWIADCZENIODAWCA BĘDZIE
REALIZOWAŁ ŚWIADCZENIA BĘDĄCE PRZEDMIOTEM OFERTY**

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie - specjalizacja	Doświadczenie zawodowe

.....
(podpisy osób upoważnionych i pieczęć imienna)*

.....
(miejscowość, data)

* w przypadku braku pieczęci imiennej czytelny podpis

Wójt Gminy Mniszków
Rafał Marszałek