Załącznik nr 4 do SWK

WYKAZ SZKOLEŃ
dla pracowników podmiotów leczniczych dotyczących ryzyka ubezpieczeniowego i zasad likwidacji szkód w okresie ostatnich 3 lat od daty ogłoszenia Konkursu

Nazwa Oferenta.....

Oświadczamy, że w okresie ostatnich 3 lat od daty ogłoszenia Konkursu przeprowadziliśmy ..... szkoleń zgodnie z poniższym wykazem.

L.p.	Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego i rodzaj wykonywanych świadczeń zdrowotnych	Przedmiot przeprowadzonego szkolenia	Data szkolenia	Kwalifikacje wykładowcy/ów
1.				
2.				
3.				
…				

Na potwierdzenie warunku udziału w postępowaniu konkursowym zgodnie z treścią SWK pkt. 4, ppkt. 1 lit. j)

…… ……
Miejscowość, data podpis/y Oferenta lub osoby (osób) uprawnionych do występowania w imieniu Oferenta