

Załącznik nr 4

Suwałki, dnia ……………………………………

**Szpital Wojewódzki**

**im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach**

#

# WYKAZ PERSONELU

**do realizacji usług pielęgniarskich oraz usług edukacji zdrowotnej w ramach badań profilaktycznych stanowiących jedno z działań projektu „Poprawa stanu zdrowia populacji pracującej województwa podlaskiego“ współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014- 2020 Oś priorytetowa II Przedsiębiorczość i aktywność zawodowa Działanie 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się, zgodnie z założeniami „Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim“.**

**Niniejszym oświadczam, że na potrzeby realizacji usług dysponujemy następującym personelem:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  | **Stanowisko w ramach projektu** | **Posiadane kwalifikacje (zawód, wykształcenie, itp.)** | **Nr Prawa wykonywania zawodu (jeśli dotyczy)** | **Doświadczenie zawodowe w POZ (nazwa podmiotu, liczba lat pracy)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 .............................................................

 (czytelny podpis oferenta)