Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego

*Dane/Pieczęć wykonawcy*

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

(nazwa, adres, e-mail wykonawcy)

Oferta na przeprowadzenie

**usługi rehabilitacyjnej wraz z dowozem pacjenta na miejsce świadczenia usługi**

w ramach realizacji projektu

„Szansa na zmianę”

**Wykaz kadry medycznej (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuci, rehabilitant)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Wykształcenie | Doświadczenie –przebieg pracy zawodowej | Doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi  TAK/NIE |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

………………………………...............………….

Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy