**Załącznik nr 2**

## **Usługi orzecznictwa lekarskiego w ramach kwalifikacji wstępnej uczestników do ośrodków rehabilitacji kompleksowej- II w projekcie pn. „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”.**

**WYKAZ OSÓB**

Część zamówienia:

1. **** Makroregion I
2.  Makroregion II
3. **** Makroregion III
4. **** Makroregion IV

**Imię i nazwisko** ……………………………………………………………………………………………………………………..

**1. Wymóg:** wykształcenie wyższemedyczne lub lekarz medycyny

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym  (mgr, dr,) |  |
| Nazwa uczelni, rok ukończenia |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |
| Specjalizacja |  |

**2. Wymóg**: 3-letnie doświadczenie w realizacji usługi orzecznictwa lekarskiego dla potrzeb zabezpieczenia społecznego.

|  |  |
| --- | --- |
| Zleceniodawca (nazwa i adres) |  |
| Okres zatrudnienia od (dd-mm-rrrr) – do (dd-mm-rrrr) |  |
| Zakres czynności potwierdzających doświadczenie w realizacji usług orzecznictwa lekarskiego dla potrzeb zabezpieczenia społecznego |  |

Tabelę należy powielać wymaganą ilość razy.

**3. Wymóg:** nie została ukarana karą dyscyplinarną (tzw. niekaralność zawodowa)

Oświadczam, że Pan/Pani ……………………………<wskazać imię i nazwisko> nie został/a ukarany/a karą dyscyplinarną (tzw. niekaralność zawodowa).

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………...................  (miejscowość i data) | …………………………………...................  (podpis) |