**Załącznik nr 4 do Umowy**

**z dn. ……………………………..**

**Lista personelu medycznego, który będzie świadczył usługi dla Udzielającego Zamówienie z zakresu histopatologii w laboratorium na terenie Łodzi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagności Laboratoryjni** | | | | | | | |
| Lp | Imię i nazwisko | Nr prawa wykonywania zawodu | Specjalizacja\* / w trakcie specjalizacji\* | Doktorat / otwarty przewód doktorski  Tak/Nie | Staż pracy w laboratorium /w tym – wykonującym badania na rzecz szpitala o podobnym profilu | Obecne miejsce zatrudnienia \*\* | Wymiar godzin zatrudnienia/współpracy |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pozostały personel medyczny** | | | | | |  |  |
| Lp. | Imię i nazwisko | Wykształcenie | | Staż pracy w laboratorium /w tym – wykonującym badania na rzecz szpitala o podobnym profilu | | Obecne miejsce zatrudnienia \*\* | Wymiar godzin zatrudnienia/współpracy |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  | |

\*\* Podać nazwę i adres laboratorium. Jeżeli miejscem zatrudnienia nie jest laboratorium w Łodzi, mające świadczyć usługę dla Udzielającego zamówienia, prosimy o dołączenie oświadczenia Przyjmującego zamówienie, że od dnia rozpoczęcia realizacji kontraktu wymieniona osoba będzie świadczyć usługę na rzecz Udzielającego zamówienia w ww. laboratorium Przyjmującego zamówienie na terenie Łodzi (laboratorium głównym lub w laboratorium, które Przyjmujący zamówienie zorganizuje na terenie wydzierżawionym od Udzielającego zamówienia) i wskazać w jakim wymiarze godzin.