Załącznik nr 6

**WYKAZ PERSONELU MAJĄCEGO UDZIELAĆ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Numer Dyplomu/Świadectwa prawa wykonywania zawodu | Ukończona Uczelnia/Szkoła uzyskany tytuł zawodowy/data uzyskana |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Uzyskanie dyplomu technika elektroradiologii lub innego technika medycznego jest równoznaczne z nabyciem bezterminowego prawa wykonywania tego zawodu. Pozbawienie tego prawa może nastąpić tylko w wyniku popełnienia przestępstwa, na mocy wyroku sądowego.

**............................................... .................................................**

Data Podpis i pieczęć Oferenta