Załącznik nr 1 do umowy

nr 502.01.2024

Wykaz personelu

Lp.	PESEL	Nazwisko	Imię	Tytuł zawodowy: psycholog; psychoterapeuta; pielęgniarka	Wykształcenie: wyższe medyczne; wyższe med. magister; wyższe med. licencjat; średnie medyczne	Nr prawa wykonywania zawodu (jeśli dotyczy)	Data uzyskania pr. wyk. zaw.	Ukończone specjalizacje / kursy kwalifikacyjne	Data uzyskania specjalizacji/ kursu kwalifikacyjnego	Tygodniowa liczba godzin pracy: [godziny:minuty]	tygodniowy wymiar czasu pracy w etatach [x.xx]	Harmopnogram czasu pracy komórki					
												Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota
												Zakres godzin pracy - od - do [gg:mm]					
Poradnia Zdrowia Psychicznego																	
Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny																	

.....

Data i podpis Oferenta lub osoby upoważnionej