**Załącznik nr 2 do SWKO**

Pieczęć Wykonawcy
 (nazwa i adres Wykonawcy)

**Wykaz pracowników zdolnych do realizacji zadania, zatrudnionych przez Wykonawcę**

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu BADAŃ PATOMORFOLOGICZNYCH

obejmujących: BADANIE HISTOPATOLOGICZNE, CYTOLOGIA GINEKOLOGICZNA, BIOPSJA ASPIRACYJNA CIENKOIGŁOWA, OZNACZENIE RECEPTORÓW: HER-2, Ki-67, estragenowych (PR), progestronowych (ER)
w latach 2014-2016 dla Przychodni Specjalistycznej w Tarnobrzegu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Lista osób uprawnionych do wykonywania badań** | **Kwalifikacje (zajmowane stanowisko)** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |