**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:

 BADANIE HISTOPATOLOGICZNE, CYTOLOGIA GINEKOLOGICZNA,
CYTOLOGIA PŁYNU, BAC - BIOPSJA ASPIRACYJNA CIENKOIGŁOWA,
BIOPSJA GRUBOIGŁOWA, OZNACZENIE RECEPTORÓW:
HER-2 (metodą FISH), HER-2, Ki-67, PR, ER, BADANIA IMMUNOHISTOCHEMICZNE

w latach 2016-2018 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. |  |  |