***Załącznik nr 4 do SWK***

***OPIS DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO OSÓB WSKAZANYCH DO REALIZACJI ZADANIA*** *„***REHABILITACJA LECZNICZA (FIZJOTERAPIA I KINEZYTERAPIA) MIESZKAŃCÓW MIASTA I GMINY KĄTY WROCŁAWSKIE”**

*1. Nazwisko i imię ..............................................................*

*Wykształcenie, kwalifikacje ..............................................................*

*Funkcja w Zespole Rehabilitacji Leczniczej........................................*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *CZAS TRWANIA PRACY ZAWODOWEJ Z ZAKRESU REHABILITACJI  (od miesiąc, rok – do miesiąc, rok)* | *MIEJSCE PRACY* | *ZAKRES WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ REHABILITACYJNYCH* | *ZASTOSOWANIE METODY REHABILITACJI* |
|  |  |  |  |

*2.Nazwisko i imię ..............................................................*

*Wykształcenie, kwalifikacje ..............................................................*

*Funkcja w Zespole Rehabilitacji Leczniczej........................................*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *CZAS TRWANIA PRACY ZAWODOWEJ Z ZAKRESU REHABILITACJI  (od miesiąc, rok – do miesiąc, rok)* | *MIEJSCE PRACY* | *ZAKRES WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ REHABILITACYJNYCH* | *ZASTOSOWANIE METODY REHABILITACJI* |
|  |  |  |  |

*3.Nazwisko i imię ..............................................................*

*Wykształcenie, kwalifikacje ..............................................................*

*Funkcja w Zespole Rehabilitacji Leczniczej........................................*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *CZAS TRWANIA PRACY ZAWODOWEJ Z ZAKRESU REHABILITACJI  (od miesiąc, rok – do miesiąc, rok)* | *MIEJSCE PRACY* | *ZAKRES WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ REHABILITACYJNYCH* | *ZASTOSOWANIE METODY REHABILITACJI* |
|  |  |  |  |

*4.Nazwisko i imię ..............................................................*

*Wykształcenie, kwalifikacje ..............................................................*

*Funkcja w Zespole Rehabilitacji Leczniczej........................................*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *CZAS TRWANIA PRACY ZAWODOWEJ Z ZAKRESU REHABILITACJI  (od miesiąc, rok – do miesiąc, rok)* | *MIEJSCE PRACY* | *ZAKRES WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ REHABILITACYJNYCH* | *ZASTOSOWANIE METODY REHABILITACJI* |
|  |  |  |  |

*5.Nazwisko i imię ..............................................................*

*Wykształcenie, kwalifikacje ..............................................................*

*Funkcja w Zespole Rehabilitacji Leczniczej........................................*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *CZAS TRWANIA PRACY ZAWODOWEJ Z ZAKRESU REHABILITACJI  (od miesiąc, rok – do miesiąc, rok)* | *MIEJSCE PRACY* | *ZAKRES WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ REHABILITACYJNYCH* | *ZASTOSOWANIE METODY REHABILITACJI* |
|  |  |  |  |

*6.Nazwisko i imię ..............................................................*

*Wykształcenie, kwalifikacje ..............................................................*

*Funkcja w Zespole Rehabilitacji Leczniczej........................................*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *CZAS TRWANIA PRACY ZAWODOWEJ Z ZAKRESU REHABILITACJI  (od miesiąc, rok – do miesiąc, rok)* | *MIEJSCE PRACY* | *ZAKRES WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ REHABILITACYJNYCH* | *ZASTOSOWANIE METODY REHABILITACJI* |
|  |  |  |  |

**Świadom odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

.....................................................................................

*Podpis i pieczęć imienna osoby/osób*

*uprawnionej / uprawnionych do reprezentowania oferenta   
i składania oświadczeń woli w jego imieniu*