WYKAZ OSÓB (WRAZ Z KWALIFIKACJAMI) WYKONUJĄCYCH OPISY BADAŃ RADIOLOGICZNYCH W OPARCIU O TELERADIOLOGIĘ DLA POTRZEB WARSZAWSKIEGO SZPITALA POŁUDNIOWEGO

Przyjmujący zamówienie:

……

Adres siedziby:

……

Imię i nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Posiadana specjalizacja (nazwa, stopień, kwalifikacje

Oświadczam, że informacje o posiadanej specjalizacji (nazwa, stopień, kwalifikacje) są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Oświadczam, iż każdy lekarz posiada kurs Ochrony Radiologicznej Pacjenta, co reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych a używane monitory opisowe posiadają testy specjalistyczne i zobowiązuję się dostarczyć potwierdzające dokumenty na żądanie Udzielającego zamówienia.

……

Data i czytelny podpis upoważnionej osób