

**DECLARAȚIE**  
**privind personalul de specialitate propus pentru implementarea contractului**

Nr · d/o	Funcția	Studii de specialitat e	Vechimea în munca de specialitat e (ani)	Numărul și denumirea bunurilor/serviciilo r similare livrate/prestate în calitate de conducător	Numărul certificatulu i de atestare și data eliberării
	1	2	3	4	5
1	Medic imagist(tomografie)	superioare	35 ani		
2	Medic imagist(ecocardiografie)	superioare	18 ani		

Semnat: \_\_\_\_\_

Nume: **Dutca Galina**\_

Funcția în cadrul firmei: **director**

Denumirea firmei: **SRL Neuromed Test 07.12.2022**