

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

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

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

Nume: **Dutca Galina**\_

Funcția în cadrul firmei: **director**

Denumirea firmei: **SRL Neuromed Test**