**ANEXO III. DECLARACIÓN DE ADSCRIPCIÓN DE MEDIOS**

**RELACIÓN NOMINAL DE LOS PROFESIONALES MÍNIMOS EXIGIDOS EN LA LICITACIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE/RAZÓN SOCIAL:** |  | | | |
| **NIF/NIE/VIES/DUNS:** |  | | | |
| **DIRECCIÓN POSTAL:** |  | | | |
| **PERSONA(S) DE CONTACTO:** | NOMBRE: |  | | |
| TELÉFONO 🕿: |  | FAX 🖶: |  |
| CORREO ELECTRÓNICO 🖳: | |  | |

**REPRESENTANTE:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y apellidos: | |  | | | DNI.: |  |
| Cargo *(capacidad con la que actúa):* | |  | | | | |
| Dirección Postal: | |  | | | | |
| Teléfono 🕿: |  | FAX 🖶: |  | E-Mail 🖳: |  |  |
| información detallada sobre la representación (formas, alcance, finalidad ... ): | | | | | | |

**HACE CONSTAR,**

Que la relación nominal del personal del centro al que representa, que prestará los servicios requeridos en la presente licitación con nº de expediente ……………….……………, es la que a continuación se indica, y se compromete a facilitar a **umivale Activa,** a petición suya, cuanta documentación acreditativa de lo relacionado le sea solicitada:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio asignado** | **Nombre** | **Apellidos** | **DNI** | **Titulación** | **Experiencia**  **(Nº años)** | **Nº colegiado** | **Colegio Profesional** | **Horario** |
| Licenciado en Medicina especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica |  |  |  |  | 3 ó> 3 años |  |  |  |
| Licenciado en Medicina especialista en Neurofisiología |  |  |  |  | 3 ó > 3 años |  |  |  |
| Para la prueba de electromiografía se requiere al médico especialista en Neurofisiología. |  |  |  |  | 3 ó > 3 años |  |  |  |

En ………….............. a……. de ……..……………de 20…