.....
(pieczątka oferenta)

WYKAZ LEKARZY, KTÓRZY BĘDĄ WYKONYWAĆ ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE OBJĘTE PRZEDMIOTEM ZAMÓWIENIA

Lp.	*Nazwisko i imię*	*Numer prawa wykonywania zawodu*	*Specjalizacja*	*Doświadczenie*	*Informacje dodatkowe/Uwagi*

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczątka imienna i podpis oferenta)