

.....
(pieczęćka oferenta)

WYKAZ LEKARZY, KTÓRZY BĘDĄ WYKONYWAĆ ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE OBJĘTE PRZEDMIOTEM ZAMÓWIENIA

| <i>Lp.</i> | <i>Nazwisko i imię</i> | <i>Numer prawa wykonywania zawodu</i> | <i>Specjalizacja</i> | <i>Doświadczenie</i> | <i>Informacje dodatkowe/Uwagi</i> |
|------------|------------------------|---------------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęćka imienna i podpis oferenta)