

.....

(pieczęćka oferenta)

Załącznik nr 3  
do warunków konkursu

Wykaz personelu zgłoszonego do udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju Podstawowej Opieki Zdrowotnej (dotyczy postępowania konkursowego: 0510K.4.2023).

lp.	Nazwisko i imię	Nr prawa wykonywania zawodu	Specjalizacja
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

-----  
(data i podpis Przyjmującego Zamówienie)