

Załącznik nr 1 do oferty (konkurs nr SPZOZ/ŚZ/6/2016)

.....
/miejsowość i data/

.....
(nazwę i adres Oferenta)

Lista personelu, który będzie udzielał przedmiotowych świadczeń zdrowotnych w ramach złożonej oferty

| Lp. | Imię i nazwisko lekarza | Nr prawa wykonywania zawodu | Kwalifikacje – posiadana specjalizacja i stopień | Nazwa jednostki organizacyjnej, w której będą udzielane przedmiotowe świadczenia przez danego lekarza |
|------------|--------------------------------|------------------------------------|---|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

.....
podpis Oferenta lub osoby upoważnionej