Załącznik nr 1 do oferty (konkurs nr **SPZOZ/ŚZ/19/2017**)

.....
/miejscowość i data/

.....
(nazwę i adres Oferenta)

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

Lp.	Imię i nazwisko	Nazwa komórki w której będą udzielane przedmiotowe świadczenia

.....
podpis Oferenta lub osoby upoważnionej