

**Załącznik nr 6 do oferty (konkurs nr SPZOZ/ŚZ/ 19 /2023)**

.....  
/miejsowość i data/

.....  
(nazwę i adres Oferenta)

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

<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko lekarza</b>	<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>	<b>Kwalifikacje – posiadana specjalizacja i stopień</b>

.....  
podpis Oferenta lub osoby upoważnionej