Załącznik nr 6 do oferty (konkurs nr **SPZOZ/ŚZ/19/2026)**

.....
/miejscowość 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 (oraz stopień – gdy dotyczy)**

.....
podpis Oferenta lub osoby upoważnionej