Załącznik nr 1 do oferty (konkurs nr **SPZOZ/ŚZ/2/2017)**

.....
/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 i stopień**	**Nazwa jednostki organizacyjnej, w której będą udzielane przedmiotowe świadczenia przez danego lekarza**

.....
podpis Oferenta lub osoby upoważnionej