

Załącznik nr 6 do oferty (konkurs nr SPZOZ/ŚZ/ 49/2024)

.....
/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

.....
podpis Oferenta lub osoby upoważnionej