Załącznik nr 6 do oferty (konkurs nr **SPZOZ/ŚZ/2/2025)**

.....
/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

.....
podpis Oferenta lub osoby upoważnionej