**Załącznik nr 6 do oferty** (konkurs nr **SPZOZ/ŚZ/24/2026)**

.....
/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 i stopień |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

.....
podpis Oferenta lub osoby upoważnionej