

WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

| Lp. | Imię i nazwisko | Nr prawa wykonywania zawodu | Funkcja | Informacja, czy osoba jest pracownikiem Oferenta TAK/NIE |
|------------|------------------------|------------------------------------|----------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

.....

data pieczęć i podpis Oferenta