

.....  
(pieczęćka oferenta)

**WYKAZ LEKARZY, KTÓRZY BĘDĄ WYKONYWAĆ ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE OBJĘTE PRZEDMIOTEM ZAMÓWIENIA**

<i>Lp.</i>	<i>Nazwisko i imię</i>	<i>Numer prawa wykonywania zawodu</i>	<i>Specjalizacja/e</i>	<i>Doświadczenie zawodowe</i>	<i>Informacje dodatkowe/Uwagi</i>

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęćka imienna i podpis oferenta)