

.....  
(Nazwa i adres Przyjmującego Zamówienie)

....., dnia ..... 2020 r.

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA****„KONKURS OFERT - UDZIELANIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE WYKONYWANIA DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ (RTG)  
OBOWIĄZUJĄCEJ W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ**

Lp.	Nazwisko i imię	Zakres wykonywanych czynności	Kwalifikacje zawodowe/uprawnienia
		lekarz radiolog	
POZOSTAŁY PERSONEL			

.....  
(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji)