

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

....., dnia 2019 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)