**Konkurs na wykonywanie usług badań w zakresie diagnostyki obrazowej**

**dla pacjentów SP ZOZ MSWiA w Koszalinie – Przychodnia w Połczynie Zdrój.**

......................................................

pieczęć Oferenta

Liczba i kwalifikacje osób, które będą wykonywać świadczenia.

1…………………………………………………………………………………………………………..

2. ………………………………………………………………………………………………………..

3. ………………………………………………………………………………………………………..