**Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza patomorfologa dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie**

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

 pieczęć oferenta

LISTA OSÓB UPRAWNIONYCH DO ŚWIADCZENIA USŁGI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | PESEL | Numer prawa wykonywania zawodu | Kwalifikacje/nazwa specjalności | Stopień specjalizacji |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

………………………………

 (podpis Oferenta)