

**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)