

**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)