**„Konkurs medyczny na** **wykonywanie badań w zakresie badań specjalistycznych typu spirometria, spirometria z próbą rozkurczową, bronchofiberoskopia dla pacjentów SP ZOZ MSWiA w Koszalinie – na terenie miasta Koszalina”**

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

pieczęć Oferenta

Liczba i kwalifikacje osób, które będą wykonywać świadczenia.

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

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

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