**Konkurs na** **wykonywanie badań w zakresie diagnostyki obrazowej i innej dla pacjentów SP ZOZ MSWiA w Koszalinie - Przychodnia w Słupsku**

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

pieczęć Oferenta

Liczba i kwalifikacje osób, które będą wykonywać świadczenia.

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

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

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