**Konkurs na wykonywanie usług badań w zakresie diagnostyki obrazowej**

**i badań bakteriologicznych dla pacjentów SP ZOZ MSWiA w Koszalinie.**

Załącznik nr 5

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

pieczęć oferenta

Liczba i kwalifikacje osób, które będą wykonywać świadczenia.

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

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

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