Załącznik nr 6

WYKAZ PERSONELU MAJĄCEGO UDZIELAĆ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Imię i nazwisko	Numer prawa wykonywania zawodu	Posiadana specjalizacja (nazwa oraz stopień) lub wskazanie, że lekarz jest w trakcie specjalizacji (data rozpoczęcia)

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Oferenta