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