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