**Załącznik nr 1 do SWKO/umowy**

**LISTA LEKARZY**

**UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**W IMIENIU PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwisko i imię** | **Stanowisko** | **Nr prawa wykonywania zawodu** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |