Załącznik nr 2
do Szczegółowych warunków konkursu ofert

WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Lp.	Imię i nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Specjalizacja	Informacje dodatkowe	Informacja o prowadzonej działalności gospodarczej	Informacja o formie zatrudnienia u Oferenta	Informacja, czy osoba jest pracownikiem Udzielającego zamówienie TAK/NIE

.....
data

.....
pieczęć i podpis Oferenta