

Załącznik Nr 4 do SWKO - Wykaz osób udzielających świadczeń zdrowotnych z określeniem wykształcenia i kwalifikacji zawodowych

.....  
Pieczęć firmowa Oferenta

**Konkurs ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych  
KSZ/DB/2/2024**

**Wykaz osób udzielających świadczeń zdrowotnych z określeniem wykształcenia i kwalifikacji zawodowych**

Lp	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Specjalizacja	Kwalifikacje/ doświadczenie
1				
2				
3				
4				
5				
6				

.....  
Miejscowość, data

.....  
pieczęć i podpis Oferent