

KSZ/DPS/3/2024

Załącznik Nr 4 do SWKO – Dane identyfikacyjne Oferenta wraz z oświadczeniami

Załącznik Nr 4

Wykaz personelu medycznego, który będzie wykonywać świadczenia w ramach umowy :

Imię i Nazwisko	PESEL	Wykształcenie i kwalifikacje	Prawo wykonywania zawodu	Stopień i nazwa specjalizacji

MC

OW

Zm