

Załącznik nr 4 do ogłoszenia o konkursie ofert

Wykaz personelu lekarskiego, przy pomocy którego oferent będzie realizował świadczenia będące przedmiotem konkursu ofert.

RODZAJ: ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE/LECZENIE SZPITALNE

ZAKRES: CHIRURGIA

Miejsce udzielania świadczeń:

PERSONEL LEKARSKI/ODDZIAŁ _____

L.P	IMIĘ I NAZWISKO	SPECJALIZACJA	TYTUŁ NAUKOWY	DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE

Podpis oferta/data _____