**Załącznik nr 4 do ogłoszenia o konkursie ofert**

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

RODZAJ: ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE/LECZENIE SZPITALNE/ŚWIADCZENIA PLANOWE

ZAKRES: **ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU DLA dorosłych/ŚWIADCZENIA PLANOWE**

Miejsce udzielania świadczeń: **…………………………………………………………………………………………………………………………….**

**PERSONEL LEKARSKI/ODDZIAŁ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **IMIĘ I NAZWISKO** | **SPECJALIZACJA** | **TYTUŁ NAUKOWY** | **DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Podpis oferta/data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_