Załącznik nr 2 do SWKO nr ŚZ/DOP/1/2021
Załącznik nr 1 do Umowy

……., dnia ……..2021 r.

Wykaz – liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych ofertą

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Specjalizacja / inne kwalifikacje zawodowe (wraz z numerem i datą wydania dyplomu/certyfikatu)

Wszelkie zmiany dotyczące powyższego wykazu winny być bezwzględnie aktualizowane i zgłaszane drogą mailową na adres: kontraktowanie@pzzoz.bedzin.pl

……..
Data i podpis osoby uprawnionej/osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta