Załącznik Nr 5
do umowy .....

Wykaz lekarzy

którzy będą świadczyć usługi zdrowotne

w dni powszednie w godzinach 7^{00} – 15^{00} w Szpitalu

.....

„Pro-Medica" w Ełku Sp. z o. o.

PEŁNA NAZWA OFERENTA ORAZ ADRES (zgodnie z właściwym rejestrem):

.....

.....

.....

.....

Kwalifikacje zawodowe: posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji; posiadane certyfikaty/zaświadczenia o ukończonych kursach

L. p.	Nazwisko i imię	Nr dyplomu akademii medycznej	Nr prawa wykonywania zawodu	Stopień specjalizacji nr dyplomu, data uzyskania specjalizacji	Nr certyfikatu/zaświadczenia o ukończonych kursach
1					
2					
3					
4					

.....
data i podpis Oferenta