**SZPITAL SPECJALISTYCZNY „INFLANCKA”**

**im. Krysi Niżyńskiej „Zakurzonej” SP ZOZ**

*Załącznik nr 4 - wzór listy lekarzy wykonujących badania*

**LISTA LEKARZY WYKONUJĄCYCH BADANIA**

**Dane Oferenta:**

Imię i nazwisko lub nazwa (firma): .................................................................................................

 .................................................................................................

Adres: .................................................................................................

 .................................................................................................

Nr telefonu: ........................................ Nr faksu: ...............................................................

Adres poczty elektronicznej: .................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Imię i nazwisko*** | ***Nr prawa wykonywania zawodu*** | ***Stopień naukowy*** | ***Stopień specjalizacji i nr świadectwa*** |
|  |  |  |  |  |

*............................................................................ ......................................................................................*

*Miejscowość i data Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta*