**Załącznik Nr 4**

Wykaz personelu medycznego, który będzie wykonywać świadczenia w ramach umowy :

| Imię i Nazwisko | PESEL | Wykształcenie i kwalifikacje | Prawo wykonywania zawodu | Stopień i nazwa specjalizacji |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |