KSZ/DPS/02/2025

Załącznik Nr 4 do SWKO – Dane identyfikacyjne Oferenta

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