**Konkurs na wykonywanie badań w zakresie diagnostyki histopatologicznej
i cytologicznej dla pacjentów SP ZOZ MSWiA w Koszalinie i Słupsku**

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

 pieczęć oferenta

LISTA OSÓB UPRAWNIONYCH DO ŚWIADCZENIA USŁGI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | PESEL | Numer prawa wykonywania zawodu | Kwalifikacje/nazwa specjalności | Stopień specjalizacji |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

………………………………

 (podpis Oferenta)