

.....  
Pieczęćka oferenta

**Wykaz lekarzy udzielających świadczeń \***

L.p.	Imię i nazwisko lekarza	Posiadana specjalizacja	Harmonogram czasu pracy w poradni

\* Dotyczy oferentów, którzy będą udzielać świadczeń zdrowotnych przy udziale innych lekarzy

\_\_\_\_\_  
(Miejscowość, data)

\_\_\_\_\_  
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta)