

**Załącznik nr 2**  
do Szczegółowych warunków konkursu ofert

**WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Lp.	Imię i nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Specjalizacja	Informacje dodatkowe	Informacja o prowadzonej działalności gospodarczej	Informacja o formie zatrudnienia u Oferenta	Informacja, czy osoba jest pracownikiem Udzielającego zamówienie TAK/NIE

.....  
data

.....  
pieczęć i podpis Oferenta