**SZPITAL POWIATOWY W RYKACH**

Strona1

**SPÓŁKA Z O.O.**

ul. Żytnia 23, 08-500 Ryki

NIP: 5060118185 REGON: 382358228

tel. 533 327 028

Załącznik nr 4

Nr sprawy: ZP/SZP/02/2023

**„Udzielanie świadczeń zdrowotnych dotyczących usług z zakresu teleradiologii**

**dla Szpitala Powiatowego w Rykach Sp z o.o.”**

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

*(pieczęć Oferenta z adresem)*

*WYKAZ OSÓB*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Imię i Nazwisko* | *Posiadana specjalizacja z określeniem stopnia* | *Numer prawa wykonywania zawodu* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

......................................................... …………………………………………………..

*(miejscowość, data)* (podpis Oferenta)