**Załącznik nr 4 do SWKO**

………………………………………..

 *pieczęć oferenta*

**Liczba i kwalifikacje osób, które będą wykonywać świadczenia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje lekarza |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 …………………………………….. ……………………………………………..

 *miejscowość i data podpis i pieczęć oferenta*