zał. nr 1 do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zabezpieczenia lekarskiego transportu pacjentów…..

Wykaz lekarzy wykonujących umowę

Lp.	**Imię i nazwisko**	**Nr telefonu**

…….
(podpis Przyjmującego Zamówienie)

…….
(podpis Udzielającego Zamówienia)