zał. nr 1 do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów pielęgniarek/pielęgniarzy jako instrumentariuszki/instrumentariusze….

Wykaz pielęgniarek/pielęgniarzy wykonujących umowę

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

…….
(podpis Przyjmującego Zamówienie)

…….
(podpis udzielającego Zamówienia)