zał. nr 1 do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów pielęgniarek/pielęgniarzy „pod telefonem” z wezwaniem….

Wykaz pielęgniarek/pielęgniarzy wykonujących umowę

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

…… (podpis Przyjmującego Zamówienie)

…… (podpis udzielającego Zamówienia)