zał. nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia przez lekarzy dyżurów „pod telefonem” z wezwaniem….

# Wykaz lekarzy wykonujących umowę

| Lp. | Imię i nazwisko | Zakres (Oddział) | Nr telefonu |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

…….
(podpis Przyjmującego Zamówienie)

…….
(podpis udzielającego Zamówienia)