zał. nr 1 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)