

Wykaz lekarzy wykonujących umowę

Lp.	Imię i nazwisko	Zakres (komórka organizacyjna)	Nr telefonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

.....
(podpis Przyjmującego Zamówienie)

.....
(podpis Udzielającego Zamówienia)