zał. nr 1 do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów lekarskich w wyjazdowych specjalistycznych zespołach ratownictwa …

Wykaz lekarzy wykonujących umowę

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

…… (podpis Przyjmującego Zamówienie)

…… (podpis Udzielającego Zamówienia)