**Załącznik do umowy nr 2**

**WYKAZ OSÓB**

Wykonujących usługi transportowania zwłok z Oddziałów Szpitala do Zakładu Patomorfologii *-* na dzień zawarcia umowy:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Tytuł** **Zawodowy** | **Data****Orzeczenia Lekarskiego****(o braku przeciwwskazań do wykonywania czynności określonych w umowie)** | **Służbowe dane kontaktowe****(tel. / e-mail)** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

…………………………..…., dnia ………………….. …………………………………….…………

 (Miejscowość, data) (Podpis osoby uprawnionej do reprezentacji)