**Załącznik do umowy nr 4**

**WYKAZ LEKARZY (Osób)**

Wykonujących usługi świadczeń zdrowotnych – na dzień zawarcia umowy.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Tytuł** **Zawodowy** | **Tytuł naukowy** | **Specjalizacja** | **Stopień Specjalizacji** | **NPWZ** | **Służbowe dane kontaktowe****(tel. / e-mail)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

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

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