**LISTA LEKARZY WYKONUJĄCYCH BADANIA**

I. Dane Oferenta:

Informacje dotyczące Oferenta:

Imię i nazwisko lub zarejestrowana nazwa Oferenta:…………………………………

Zarejestrowany adres: …………………………………

Województwo: …………………………………………….

Numer telefonu: ………………………………………….

Adres email: ………………………………………………..

Numer NIP: …………………………………………………

Numer REGON: ……………………………………………

Numer KRS:………………………………………………….

Numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Imię i nazwisko*** | ***Nr prawa wykonywania zawodu*** | ***Stopień naukowy*** | ***Stopień specjalizacji i nr świadectwa*** |
|  |  |  |  |  |

*............................................................................ ...............................................................................*

*Miejscowość i data Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta*