**LISTA LEKARZY WYKONUJĄCYCH BADANIA do Konkursu K2/2025/DZP/B**

1. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lub nazwa firmy: ............................................................

Adres: ...............................................

NIP ........................................ REGON………

Informacje dotyczące Lekarzy:

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

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

*Miejscowość i data Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta*