

Wykaz lekarzy Przyjmującego zamówienie wykonujących opisy badań rentgenowskich (RTG), tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (RM) dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim.

(prosimy dołączyć dokumenty potwierdzające kwalifikacje)

Lp.	Imię i nazwisko	Numer Prawa Wykonywania Zawodu	Kwalifikacje zawodowe	Doświadczenie zawodowe
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

.....
miejscowość data

.....
(podpis z pieczętką imienną, lub podpis czytelny osoby
uprawnionej do reprezentowania Oferenta