**Nr postępowania: 02/10/2023 Załącznik Nr 3 do Umowy**

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

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

…………………………………………………

miejscowość data

…………………………………………………………………………………………..

podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Oferenta