

Załącznik Nr 2

.....
Nazwa Oferenta

.....

.....

Adres

**Średzkie Centrum Zdrowia
SPZOZ w Środzie Śląskiej
55-300 Środa Śląska,
ul. Kolejowa 16 a**

Wykaz osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

L.p.	Imię i Nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Specjalizacja	Prowadzi działalność gospodarczą TAK / NIE	Zatrudnienie u Udzielającego zamówienia na podstawie umowy o pracę TAK / NIE	Forma zatrudnienia przez Przyjmującego zamówienie, gdy Przyjmującym zamówienie jest podmiot leczniczy (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna)

.....
Data, podpis i pieczęć Oferenta lub osoby upoważnionej

ŚREDZKIE CENTRUM ZDROWIA
SPZOZ W ŚRODZIE ŚLĄSKIEJ
55-300 Środa Śląska, ul. Kolejowa 16A
NIP 9131631912 REGON 520248105

DYREKTOR
Średzkiego Centrum Zdrowia SPZOZ
w Środzie Śląskiej

Joanna Waluchowska