

**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*