

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

DYREKTOR  
Średzkiego Centrum Zdrowia SPZOZ  
w Środzie Śląskiej  
Joanna  Czuchrowska