***Załącznik nr 1 b***

*do Ogłoszenia o konkursie nr ZP-4240-4/23*

*Pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta*

Wykaz lekarzy specjalistów, którzy będą świadczyć usługi dla NIO-PIB Oddział w Krakowie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię, Nazwisko | Nr prawa wykonywania zawodu | Specjalizacja z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej (wpisać TAK/NIE) | Nr telefonu | Adres mailowy |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

………………………………………….

(*podpis i pieczątka Oferenta)*