***KO 03/20 Załącznik nr 3***

***do szczegółowych warunków konkursu ofert***

**Wykaz personelu medycznego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Specjalizacja** | **NPWZ** | **Staż pracy** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |