**ZAŁĄCZNIK NR 6**

**do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**w zakresie położnictwa i ginekologii**

**LISTA OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ W RAMACH UMOWY\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko lekarza** | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Specjalizacja** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

*\*należy wskazać wszystkich lekarzy którzy będą udzielać świadczeń w przypadku zawarcia Umowy z Oferentem (nie mniej niż 2 osoby)*

**…………………………………………………………**

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**