

**KO 60/24Załącznik nr 2**

 **do szczegółowych warunków konkursu ofert**

**Wykaz personelu medycznego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Specjalizacja** | **NPWZ** | **Staż pracy** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |

……………………………………………….

 Podpis Wykonawcy