**ZAŁĄCZNIK NR 2**

 **do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych**

 **w zakresie otolaryngologii**

**LISTA OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ W RAMACH UMOWY**

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

**…………………………………………. …………………………………………………………**

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA: PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**