Załącznik nr 1 do oferty (konkurs nr **BP/ŚZ/5/2019)**

.....
/miejscowość i data/

.....
(nazwę i adres Oferenta)

Lista personelu, który będzie udzielał przedmiotowych świadczeń zdrowotnych w ramach złożonej oferty

Lp.	Imię i nazwisko	Tytuł Zawodowy	Kwalifikacje

.....
podpis Oferenta lub osoby upoważnionej