

**Załącznik nr 1 do oferty (konkurs nr BP/ŚZ/2/2020)**

.....  
/miejsowość i data/

.....  
(nazwę i adres Oferenta)

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

<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Tytuł Zawodowy</b>	<b>Kwalifikacje</b>

.....  
podpis Oferenta lub osoby upoważnionej