……………………………………

(nazwa oferenta)

**Wykaz lekarzy specjalistów radiologów\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Nr prawa wykonywania zawodu | Tytuł naukowy  (TAK/NIE) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Max. 8 osób

……………………… ………………………………

(miejscowość i data) (podpis i pieczątka osoby upoważnionej do

reprezentowania Oferenta)