……………………………………

(nazwa oferenta)

**Wykaz lekarzy specjalistów radiologów\***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Nr prawa wykonywania zawodu | Specjalizacja | Tytuł naukowy z zakresu nauk medycznych | Aktualne testy specjalistyczne monitorów opisowych(Nazwa wykonawcy, nr. protokołu, dzień wykonywania testów) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* Min. 4 osoby
* Max. 15 osób

………………………

(miejscowość i data)

………………………………………………………………………………

(podpis i pieczątka osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)