

.....
miejsowość, data

Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych ofertą /sporządza samodzielnie oferent/

L. p.	Osoby przeznaczone do udzielania świadczeń (Nazwisko i Imię)	Kwalifikacje zawodowe poszczególnych osób (wskazać posiadaną specjalizację oraz prawo do wykonywania zawodu)

.....
Data i podpis oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela