

Załącznik nr 4

WYKAZ OSÓB

L.p.	Imię i nazwisko	Tytuł zawodowy	Nr uprawnień	Data wpisu do właściwego rejestru zawodowego	Stanowisko w strukturze organizacyjnej Wykonawcy	Adres poczty elektronicznej	Numer telefonu	Dodatkowe informacje

oraz (jeśli dotyczy)

L.p.	Nazwa i dane kontaktowe podmiotu współpracującego z Wykonawcą	Imię i nazwisko	Tytuł zawodowy	Nr uprawnień	Data wpisu do właściwego rejestru zawodowego	Adres poczty elektronicznej	Numer telefonu	Dodatkowe informacje


Lub

L.p.	Imię i nazwisko	Tytuł zawodowy	Nr uprawnień	Data wpisu do właściwego rejestru zawodowego	Stanowisko w strukturze organizacyjnej Wykonawcy	Adres poczty elektronicznej	Numer telefonu	Dodatkowe informacje

.....dnia.....

.....
(podpis i pieczęć Wykonawcy)

Zatwierdzam:

PREZES
 Okręgowej Rady Lekarskiej
 Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

 dr n. med. Krzysztof Kordel