

### 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

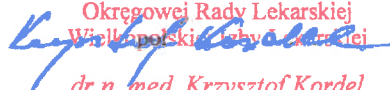
oraz (jeśli dotyczy)

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

.....dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć Wykonawcy)

Zatwierdzam:

PREZES  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej  
  
dr n. med. Krzysztof Kordel