…...................................... Załącznik nr 6 do MI

 pieczęć oferenta Konkurs nr 2/2017

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE ZOSTANĄ SKIEROWANE DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Tytuł naukowy / tytuł zawodowy | Numer prawa wykonywania zawodu (jeśli dotyczy) | Staż pracy w zawodzie lekarza (w latach) | Nazwa podmiotu nadającego uprawienia do wykonywania EMG |
|  |  |  |  |  |  |

 ......................................................

 data i podpis Oferenta

 lub osoby upoważnionej