Załącznik Nr 3   
do WKO

**LISTA LEKARZY WYKONUJĄCYCH BADANIA**

**Dane Oferenta:**

Nazwa oferenta(firma): ..........................................................................................................

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

Adres: ..........................................................................................................

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

Nr telefonu: ................................... Nr faksu: .....................................................................................

Adres poczty elektronicznej: ...................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Imię i nazwisko*** | ***Nr prawa wykonywania zawodu*** | ***Stopień naukowy*** | ***Stopień specjalizacji i nr świadectwa*** |
|  |  |  |  |  |

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

/Podpis/y osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta/