

Załącznik nr 2 do umowy

.....

Nazwa Świadczeniodawcy.....

Adrestel

Wykaz osób udzielających świadczeń w zakresie*:

1. Świadczeń lekarza POZ

lp	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje
1	4	5	6
1			
2			
3			
4			
5			

2. Świadczeń pielęgniarki POZ

lp.	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje
1	4	5	6
1			
2			
3			
4			
5			

3. Świadczeń położnej POZ

lp.	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje
1	4	5	6
1			
2			
3			
4			
5			

4. Świadczeń pielęgniarki szkolnej

lp.	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje
1	4	5	6
1			
2			
3			
4			
5			

*wypełnić zgodnie z umową odpowiednich zakresach

....., dnia.....2006 r

.....

Kierownik - Dyrektor
Pieczeń