

**Wykaz personelu zgłoszonego do udzielania świadczeń *Poradni*.....
(dotyczy postępowania konkursowego: DO.334.40.2023).**

| Lp. | Nazwisko i imię | Specjalizacja |
|-----|-----------------|---------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| 7. | | |
| 8. | | |
| 9. | | |
| 10. | | |
| 11. | | |

(data i podpis Przyjmującego Zamówienie)