

Wykaz lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń zdrowotnych
w Zakładzie Radiologii
(podmiot leczniczy-dyżury)

Lp.	Nazwisko i imię	Specjalizacja / bez specjalizacji	Dziedzina otwartej specjalizacji ¹	Data otwarcia specjalizacji ²
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				

(data i podpis Przyjmującego Zamówienie)

¹ W przypadku lekarza będącego w trakcie specjalizacji

² jak wyżej