

Wykaz lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń zdrowotnych w .....  
(podmiot leczniczy)

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

-----  
(data i podpis Przyjmującego Zamówienie)

<sup>1</sup> W przypadku lekarza będącego w trakcie specjalizacji  
<sup>2</sup> jak wyżej