

Załącznik Nr 4

WYKAZ OSÓB (WRAZ Z KWALIFIKACJAMI) OPISUJĄCYCH BADANIA RADIOLOGICZNE W OPARCIU
O TELETRANSMISJĘ DLA POTRZEB SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ
W TURKU

Nazwa oferenta:.....

Siedziba:.....

Imię i nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Posiadana specjalizacja (nazwa, stopień)

Uwaga: należy dołączyć kserokopię prawa wykonywania zawodu oraz kserokopię dyplomu uzyskania
odpowiedniej specjalizacji, potwierdzone za zgodność z oryginałem.

.....
Data i czytelny podpis upoważnionej osoby