

**Wykaz lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń zdrowotnych**

<b>Lp</b>	<b>Nazwisko i imię</b>	<b>Specjalizacja</b>	<b>Numer prawa wykonywania zawodu</b>
<b>1</b>			
<b>2</b>			

**Udzielający Zamówienia**

**Przyjmujący Zamówienie**