

WYKAZ PERSONELU

Przedmiot konkursu:

Badania patomorfologiczne**Udzielający zamówienia:**Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej w Krakowie 31-913 Kraków os. Na Skarpie 66

Adres: 31-913 Kraków, os. Na Skarpie 66

tel. (12) 62 29 467, fax. (12) 644 01 44;

REGON: 000630161; NIP: 678 26 80 -028; KRS: 0000035552

Lp.	Nazwisko i imię	Dziedzina specjalizacji	Stopień specjalizacji	Doświadczenie w latach	Zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności oferenta/podpis osoby z kolumny II
I	II	III	IV	V	VI

.....
Data podpis