Załącznik nr 2b
do umowy nr .....

Wykaz lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji w Obszarze Nr II Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej

Lp	*Nazwisko i imię*	*Specjalizacja*	*Numer prawa wykonywania zawodu*	*Nazwa oddziału, w którym lekarz jest aktualnie zatrudniony*

…….....
(data i podpis Przyjmującego Zamówienie)