

Załącznik nr 2a  
do umowy nr .....

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

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

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