**Załącznik nr 2** **do Umowy**

Lista osób mających udzielać świadczeń zdrowotnych.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby świadczącej usługę** | **Kwalifikacje zawodowe/ Nr prawa wykonywania zawodu** | **Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych**  (podpis osoby wymienionej  w kol. 2) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |