### Załącznik nr 4 Ogłoszenia

**SPZOZPM.DA(K)26.8.2021**

### Lista osób wykonujących badania RTG

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Imię i nazwisko** | **Nr Prawa wykonywania zawodu** | **Specjalizacja** | **Uwagi** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

.....................................................

 data i podpis osoby upoważnionej