

*Załączniki nr 3 do Umowy podwykonawstwa na udzielanie świadczeń  
opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego  
w Centrum Zdrowia Psychicznego*

*Pieczęć firmowa Podwykonawcy*

*Miejscowość ..... dnia .....*

**WYKAZ PERSONELU  
wskazanego do realizacji świadczeń zdrowotnych**

Imię i nazwisko/PESEL	Kwalifikacje personelu	Prawo Wykonywania Zawodu	Tygodniowy wymiar czasu pracy

.....  
Podpis i pieczęć osoby/osób  
uprawnionej/uprawnionych  
do reprezentowania Podwykonawcy