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

Miejscowość Andrychów dnia ……

WYKAZ PERSONELU
wskazanego do realizacji świadczeń zdrowotnych

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