Załącznik nr 6 do WKO

**WYKAZ PODMIOTÓW LECZNICZYCH, LEKARZY WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W FORMIE JEDNOOSBOWEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ, LEKARZY BĘDĄCYCH PRACOWNIKAMI OFERENTA**

TABELA NR 1\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa podmiotu leczniczego** | **Adres podmiotu** | **Data wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i numer podmiotu w rejestrze** | **Lekarze za pomocą, których będzie realizowany przedmiot konkursu** |
| **Imię i nazwisko** | **Numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą** | **Rodzaj stosunku prawnego wiążącego lekarza z podmiotem leczniczym****(np. umowa o pracę, umowa zlecenia)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Dotyczy przypadku kiedy Oferent będzie realizował przedmiot konkursu za pomocą innego podmiotu leczniczego

TABELA NR 2\*\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Numer prawa wykonywania zawodu** | **Numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą** | **Rodzaj stosunku prawnego wiążącego lekarza****z Oferentem****(np. umowa o pracę, umowa zlecenia)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

…………………………………….

 data i podpis Oferenta

\*\* Dotyczy przypadku kiedy Oferent będzie realizował przedmiot konkursu za pomocą lekarzy będących jego pracownikami bądź wykonujących działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej