**Załącznik nr 6A**

**Imienny wykaz osób, które będą udzielać świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania i opisywania badań w Pracowni Ultrasonograficznej w siedzibie Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Imię i Nazwisko** | **PESEL** | **Prawo wykonywania zawodu:****nr i data** | **Wykształcenie** | **Specjalizacja: zakres, stopień i data uzyskania** |
|  |  |  |  |  |  |

……………………… dnia ……………………. …………………………………………….