*4.pielikums*

*līgumam par medicīniskās apaugļošanas*

*pakalpojumu sniegšanu un apmaksu*

**Pakalpojuma sniegšanā iesaistītie speciālisti**

Medicīniskās apaugļošanas procedūras veic šādi IZPILDĪTĀJA speciālisti, kuri atbilst DIENESTA veiktās 2017.gada medicīniskās apaugļošanas pakalpojumu sniedzēju atlases procedūras nolikuma prasībām:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nr.p.k.*** | ***vārds, uzvārds, identifikators*** | ***specialitāte*** | ***pieredzes apliecinājuma datums*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**DIENESTS IZPILDĪTĀJS**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_