**Załącznik nr 7 do Szczegółowego Regulaminu Przeprowadzenia Konkursu Ofert**

.....
/miejscowość i data/

.....
(nazwę i adres Oferenta)

**Lista podmiotu, który będzie udzielał przedmiotowych świadczeń zdrowotnych w ramach umowy zawartej przez Przyjmującego zamówienie**

| Lp. | Nazwa podmiotu, adres, NIP, REGON |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

.....
podpis Oferenta lub osoby upoważnionej