

.....  
/miejsowość i data/

.....  
(nazwę i adres Oferenta)

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

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa podmiotu, adres, NIP, REGON</b>

.....  
podpis Oferenta lub osoby upoważnionej