

.....  
/miejsowość 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