

.....  
/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