

.....
/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