.....
/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