.....
/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