oznaczenie Wykonawcy

pieczęć wykonawcy

WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH WYKONAWCY ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY

(wymagana minimalnie jedna placówka)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp. | **NAZWA PLACÓWKI** | **ADRES** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

 ................................................................

 /*podpis osoby uprawnionej do składania*

 *oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy/*