*Załącznik nr 3 do SIWZ*

Nazwa firmy: …………………………………………………………………………………………………………

REGON …………………………………. NIP………………………………….. Adres: ………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………..

Tel. ………………………….. faks ……………………………..

**Adresy placówek medycznych w których Wykonawca zamierza świadczyć usługi**

|  |  |
| --- | --- |
| **LP** | **Adresy placówek medycznych** |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |
| **4** |  |
| **5** |  |
| **6** |  |

Miejscowość: ………………………….. data: ……………………………….

 podpis: …………………………………