*Załącznik Nr 9 do SWZ*

Nazwa firmy ........................................................................................................................

REGON .......................................... NIP.................................................

Adres....................................................................................................................................

tel. ………….…………... faks ………….……………

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

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Adresy placówek medycznych** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |

Miejscowość ................................ data ......................... podpis ............................................