

WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH REALIZUJĄCYCH UMOWĘ W POSZCZEGÓLNYCH LOKALIZACJACH (CZĘŚCIACH)

CZĘŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (należy wskazać, której części Przedmiotu Zamówienia zestawienie dotyczy)

NAZWA I ADRES PLACÓWKI	DANE KONTAKTOWE	ZAKRES USŁUG ŚWIADCZONYCH W DANEJ PLACÓWCE	
		MEDYCYNĄ PRACY	PONADSTANDARDOWE USŁUGI MEDYCZNE
	Tel: Fax: e-mail:		
	Tel: Fax: e-mail:		
	Tel: Fax: e-mail:		

CZĘŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (należy wskazać, której części Przedmiotu Zamówienia zestawienie dotyczy)

NAZWA I ADRES PLACÓWKI	DANE KONTAKTOWE	ZAKRES USŁUG ŚWIADCZONYCH W DANEJ PLACÓWCE	
		MEDYCYNĄ PRACY	PONADSTANDARDOWE USŁUGI MEDYCZNE
	Tel: Fax: e-mail:		
	Tel: Fax: e-mail:		
	Tel: Fax: e-mail:		