

## WYKAZ PLACÓWEK DOSTĘPNYCH DLA ZAMAWIAJĄCEGO NA TERENIE WROCŁAWIA

Składając ofertę w postępowaniu nr DZ.262.1.18.2020/GNP oświadczamy, że na dzień składania ofert dysponujemy na terenie Wrocławia n.w. placówkami medycznymi:

L.p.	Nazwa placówki medycznej	Adres	Telefon
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Uwaga: Należy podać wszystkie placówki własne Wykonawcy oraz wszystkie placówki będące w dyspozycji Wykonawcy.

Data: ..... r.

.....

*(podpis osoby upoważnionej  
lub posiadającej pełnomocnictwo)*