Nazwa Wykonawcy ……………...................................................................................

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Adres placówki medycznej** | **Odległość****od obiektu Zamawiającego****[km]****(z dokładnością do 100 metrów)** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby/osób upoważnionych
do reprezentacji.***