**Załącznik nr 10 do SIWKO**

……………………………………………………….

pieczęć adresowa firmy Oferenta

**WYKAZ WSPÓŁPRACUJĄCYCH PODMIOTÓW LECZNICZYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot usług** | **Data wykonywania usług (od – do)** | **Podmiot leczniczy** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

………………………………………………………………… ………………………………………………………………………

 miejsce i data Pieczęć i podpis składającego oświadczenie

 w imieniu Oferenta