

**INFORMACJA O UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:**

<b>Lp.</b>	<b>Zakres świadczeń</b>	<b>Miejsce udzielania świadczeń</b>	<b>Numery telefonów kontaktowych</b>
<b>1.</b>			

Lubliniec, dnia .....

.....  
(Podpis Przyjmującego zamówienie)