

### INFORMACJA O UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

| Lp. | Zakres świadczeń | Miejsce udzielania świadczeń | Numery telefonów kontaktowych |
|-----|------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 1.  |                  |                              |                               |

Lubliniec, dnia .....

.....  
/Podpis Przyjmującego zamówienie/