Załącznik nr 2
do Umowy nr …./WSN/DKR/2023

INFORMACJA O UDZIELANIU USŁUG:

Lp.	Zakres usług	Miejsce udzielania usług	Numery telefonów kontaktowych
1.			

Terminy na udzielenie ww. świadczeń zdrowotnych należy umawiać po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym.

……..., dnia ……..

..…….....
/Podpis Przyjmującego zamówienie/