

.....  
(pieczęć Przyjmującego zamówienie)

**INFORMACJA O UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W:**

Lp.	Zakres świadczeń	Miejsce i godziny udzielania świadczeń	Numery telefonów kontaktowych

Oświadczam, że przedstawione dane są zgodne ze stanem faktycznym.

....., dnia .....

.....  
(Podpis Przyjmującego zamówienie)