



**WYKAZ PODMIOTÓW DLA KTÓRYCH PRZYJMĄCY ZAMÓWIENIE ŚWIADCZY / ŚWIADCZYŁ USŁUGI MEDYCZNE
W ZAKRESIE BADAŃ ANALITYCZNYCH W CIĄGU OSTATNICH TRZECH LAT**

Lp.	Nazwa podmiotu	Czas realizacji świadczeń

2

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentacji)