

**OPIS WARUNKÓW
wykonywania świadczeń zdrowotnych**

1. Adres miejsca wykonywania świadczeń:

.....

.....

.....

tel/fax.....

2. Sposób rejestracji pacjenta i odbioru wyniku badań:

.....

.....

.....

.....dnia.....

.....
/podpis i pieczęć oferenta lub osoby
upoważnionej/