Załącznik Nr 2
do Umowy Nr …../WSN/DKR/2026/I

INFORMACJA O UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:

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

……, dnia ……... …….....
(Podpis Przyjmującego Zamówienie)