

.....

(Data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta)

Wykaz usług

Lp.	Rok, w którym dokonano badania sprawozdania finansowego	Nazwa podmiotu leczniczego, w którym dokonano badania sprawozdania finansowego	Adres podmiotu leczniczego, w którym dokonano badania sprawozdania finansowego	Numer telefonu podmiotu leczniczego, w którym dokonano badania sprawozdania finansowego	Suma bilansowa podmiotu leczniczego, w którym dokonano badania sprawozdania finansowego
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
....					