

**Wykaz podwykonawców i wykonywanych przez nich badań**

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Adres podmiotu leczniczego	Nazwa badania	Nazwa i adres komórki organizacyjnej wykonującej badanie
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

.....  
(data i podpis Oferenta)