

**Wykaz aparatury i sprzętu medycznego, który będzie wykorzystywany do realizacji umowy
na wykonywanie świadczeń**

L.p	Nazwa sprzętu i aparatury	Rok produkcji	Producent
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

.....
Data i podpis oferenta