

**OPIS WARUNKÓW
wykonywania świadczeń zdrowotnych**

1. Adres miejsca wykonywania świadczeń:

.....
.....
tel/fax.....

2. Personel: diagności, personel techniczny (liczba osób, kwalifikacje)

.....
.....
.....
.....

3. Aparatura i urządzenia (ilość, typ, rodzaj, rok produkcji):

.....
.....
.....
.....

4. Maksymalny czas wykonania badania po zgłoszeniu przez Udzielającego zamówienia

.....
.....
.....

5. Maksymalny okres przekazania raportu z zabiegu do Udzielającego zamówienia

.....
.....
.....

.....dnia.....

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