**Załącznik nr 2 do Umowy**

**Wykaz placówek medycznych Wykonawcy**

Główną placówką, w której wykonywane będą badania dla pracowników Państwa Jednostki mieszczącą się w granicach administracyjnych miasta stołecznego Warszawa będzie: …………………………………………………………………………………………………………… ……………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… (proszę podać dokładny adres wraz z kodem pocztowym).

Posiadamy dodatkowo ………… (podać ilość placówek medycznych) placówkę/ki medyczne na terenie województwa mazowieckiego mieszczące się przy ul:……………………………………………………………………………………………………………………

1)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

2)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

3)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

4)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

5)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(proszę podać dokładne adresy pozostałych lokalizacji wraz z kodami pocztowymi)