**ZAŁĄCZNIK NR 3** do zapytania ofertowego

na **„świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy pracowników zatrudnionych**

**w placówkach ARiMR na terenie Dolnośląskiego Oddziału Regionalnego ARiMR”.**

**WYKAZ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ WYMAGANYCH ORAZ DODATKOWYCH**

Niniejszy wykaz zakładów opieki zdrowotnej obejmuje listę zakładów, w których świadczone są usługi medyczne na rzecz osób uprawnionych.

**Wykaz zakładów opieki zdrowotnej:**

1. ………………………
2. ………………………
3. ………………………
4. ………………………