

Warszawa dnia20....r.

WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI MEDYCZNE

| Lp. | Nazwa | Adres/telefon kontaktowy | Godziny przyjęć pacjentów |
|------------|--------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| ... | | | |