Załącznik Nr 2

do Formularza Ofertowego

**Wykaz badań wykonywanych u Podwykonawców** **z kopiami** **umówi zawierającymi klauzulę o poddaniu się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie realizowanych świadczeń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa badania** | **Nazwa Podwykonawcy** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |
| **5.** |  |  |
| **6.** |  |  |
| **7.** |  |  |
| **8.** |  |  |
| **9.** |  |  |
| **10.** |  |  |
| **11.** |  |  |
| **12.** |  |  |
| **13.** |  |  |
| **14.** |  |  |
| **15.** |  |  |
| **16.** |  |  |