Załącznik nr 5 –

do Szczegółowych Warunków konkursu ofert

na badania z zakresu diagnostyki obrazowej dla potrzeb Centrum Medycznego Nieporęt sp. z o. o.

ul. Podleśna 4, 05-126 Nieporęt

**TYGODNIOWY HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zakres świadczeń** | **Dni tygodnia** | **Godziny od – do** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

…............................................ …..........................................

Przyjmujący Zamówienie Udzielający Zamówienia