**ZO 09/20**  ***Załącznik Nr 2***

........................................................

*(nazwa i adres oferenta tel / fax)*

### **W Y K A Z**

**MIEJSC DO ZAINSTALOWANIA TELEWIZORÓW**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Oddział | Ilość telewizorów do zainstalowania |
| 1 | Oddział Położniczo - Ginekolgiczny |  |
| 2 | Oddział Dziecięcy |  |
| 3 | Oddział Chirurgiczny |  |
| 4 | Oddział Urazowo-Ortopedyczny |  |
| 5 | Oddział Obserwacyjno- Zakaźny |  |
| 6 | Oddział Wewnętrzny |  |
| 7 | Oddział Kardiologii |  |
| 8 | Oddział Rahabilitacji |  |
| RAZEM |  |

 .............................................................................................

 *(podpis i pieczątka uprawnionego przedstawiciela firmy Wykonawcy)*