

**Wykaz dodatkowych bezpłatnych świadczeń profilaktycznych  
- obligatoryjnie minimum 1 program\***

L.p.	Nazwa programu profilaktycznego**
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

.....  
*Miejsce, data*

.....  
*Podpis osoby/osób upoważnionej/yh  
do reprezentowania wykonawcy*

\*Ocenie punktowej podlegają oferowane programy poczynając od pozycji 2 do 6 – po 2 punkty za każdy oferowany program, ale łącznie nie więcej niż 10 punktów.

\*\*Brak przedstawienia przez oferenta minimum jednego programu skutkować będzie odrzuceniem oferty.