

**Deklaracja o możliwości bezpłatnych zabiegów
w ramach rehabilitacji chorób parazawodowych
- fakultatywnie***

L.p.	Nazwa zabiegu**
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

.....
Miejsce, data

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

*Ocenie punktowej podlegają oferowane zabiegi poczynając od pozycji 1 do 10 – po 1 punkcie za każdy oferowany program, ale łącznie nie więcej niż 10 punktów.

**Brak przedstawienia przez oferenta nie będzie skutkować odrzuceniem oferty.