*Załącznik nr 3*

…………………………….

 *pieczęć Wykonawcy*

**Deklaracja o możliwości bezpłatnych zabiegów**

**dla pracowników UMWŚ w Kielcach
w ramach rehabilitacji chorób parazawodowych**

 **- fakultatywnie\***

|  |  |
| --- | --- |
| **L.P.** | **NAZWA ZABIEGU\*\*** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |
| **4.** |  |
| **5.** |  |
| **6.** |  |
| **7.** |  |
| **8.** |  |
| **9.** |  |
| **10.** |  |

…………………………….. *Miejsce, data*

 ………………………………………………

*Podpis osoby upoważnionej*

 *do reprezentowania Wykonawcy*