*Załącznik nr 4*

…………………………….

*pieczęć Wykonawcy*

**Deklaracja o możliwości bezpłatnych badań morfologii krwi**

**dla pracowników UMWŚ w Kielcach**

**- fakultatywnie\***

|  |  |
| --- | --- |
| **L.P.** | **NAZWA BADANIA\*\*** |
| **1.** |  |

…………………………….. *Miejsce, data*

………………………………………………

*Podpis osoby upoważnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*