*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*