**Załącznik do umowy nr 6**

**Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną**

Do usług świadczeń zdrowotnych w zakresie:

*rehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów leczonych w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego w warunkach stacjonarnych (w ramach programu KOS-ZAWAŁ),*

na dzień zawarcia umowy posiadam następujący sprzęt i aparaturę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu / aparatury** | **Ilość** | **Atesty / Świadectwa / Certyfikaty** | **Lokalizacja** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

…………………..…., dnia ……………….. ……………………………………………………………

(Miejscowość, data) (Podpis osoby uprawnionej do reprezentacji)