**Załącznik do umowy nr 5**

**Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną**

*Do usług świadczeń zdrowotnych w zakresie* ***wykonywania opisów badań tomografii komputerowej serca*** *w oparciu o system teleradiologii.*

1. Na dzień zawarcia umowy posiadam następujący sprzęt i aparaturę:

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

1. Opis rozwiązania: …………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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