**Załącznik nr 4 do SWKO**

**WYKAZ APARATURY I SPRZĘTU, WARUNKI LOKALOWE – DO UZUPEŁNIENIA**

**PRZEZ OFERENTA**

**Oświadczam, że dla oferowanych badań histopatologicznych w tym śródoperacyjnych oraz cytologicznych na rzecz pacjentów Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. użyjemy następującej aparatury:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa aparatu i data jego produkcji** | **Miejsce położenia/miejsce wykonywania badania** | **Producent** | **Rodzaj wykonywanego badania** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**2. Opis warunków lokalowych miejsca wykonywania badań:**

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

 **...........................................**

 **data i podpis osoby upoważnionej**