

Podpisuje się, że niniejszy dokument stanowi oświadczenie w sprawie stanu, zgodności z prawem, integralności, kompletności, braku zanieczyszczenia oraz zgodności z opisem, stanowiący załącznik do oferty, który nie zawiera żadnych zastrzeżeń i zastrzeżeń.	Oświadczam, że niniejszy dokument jest zgodny z opisem i stanowiący załącznik do oferty, który nie zawiera żadnych zastrzeżeń i zastrzeżeń.	Podpis: _____ Imię i nazwisko: _____ Stanowisko: _____
Wydrukować i przesyłać do:	Wydrukować i przesyłać do:	Wydrukować i przesyłać do:
Nazwa i adres:	Nazwa i adres:	Nazwa i adres:
Nazwa i adres:	Nazwa i adres:	Nazwa i adres:
Nazwa i adres:	Nazwa i adres:	Nazwa i adres:
Nazwa i adres:	Nazwa i adres:	Nazwa i adres:
Nazwa i adres:	Nazwa i adres:	Nazwa i adres:
Nazwa i adres:	Nazwa i adres:	Nazwa i adres:
Nazwa i adres:	Nazwa i adres:	Nazwa i adres:

POWIATOWY SZPITAL SPECJALISTYCZNY W STAŁOWEJ WOLI
BUDYNEK DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY
ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII
PLAN SYTUACYJNY **SKALA 1:500**

[illegible]