

**WYKAZ PODWYKONAWCÓW**  
**Załącznik nr 2 do umowy nr .....**  
**rodzaj świadczeń: podstawowa opieka zdrowotna**

|   |  |                                     |  |
|---|--|-------------------------------------|--|
| <b>UNIKALNY WYRÓŻNIK<br/>PODWYKONAWCY</b>                     |  |                                     |  |
| <b>Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy</b>           |  |                                     |  |
| Nazwa   |  |                                     |  |
| Adres siedziby  |  |                                     |  |
| Kod terytorialny i nazwa                                      |  |                                     |  |
| REGON   |  | NIP                                 |  |
| Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)                      |  |                                     |  |
| Osoba/y uprawniona do reprezentowania                         |  | Telefon                             |  |
| <b>Dane rejestrowe podwykonawcy</b>                           |  |                                     |  |
| Rodzaj rejestru   |  | Nr wpisu do rejestru                |  |
| Organ rejestrujący  |  | Data wpisu                          |  |
|   |  | Data ostatniej aktualizacji         |  |
| <b>Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa</b> |  |                                     |  |
| Umowa/promesa   |  |                                     |  |
| Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa        |  | Pozycja/e umowy                     |  |
| Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa        |  | Przedmiot świadczeń podwykonywanych |  |
| Opis przedmiotu podwykonawstwa                                |  |                                     |  |

data sporządzenia

Dyrektor OW\*

Świadczeniodawca\*\*

\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem