

**LISTA LABORATORIÓW NA TERENIE MIASTA KRAKOWA, W  
KTÓRYCH BĘDĄ WYKONYWANE BADANIA**

**I.** Lista laboratoriów:\*

1. ....  
(nazwa i adres laboratorium)
2. ....  
(nazwa i adres laboratorium)
3. ....  
(nazwa i adres laboratorium)
4. ....  
(nazwa i adres laboratorium)
5. ....  
(nazwa i adres laboratorium)

*Dołączyć dokumenty, o których mowa w pkt 8.1. I*

**II.** Wszystkie badania będą wykonywane w laboratorium na terenie Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka\*

*\*Wypełnić punkt I jeżeli badania będą wykonywane w laboratoriach na terenie miasta Krakowa, w takim przypadku należy skreślić pkt II . W przypadku wykonywania wszystkich badań na terenie Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka nie wypełniać pkt I.*

---

*Data i podpis(y)*