**Załącznik nr 5 do umowy nr** ………….

**Rejestracja badań**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Placówki | Adres Placówki | **Nr tel. rejestracji** | Godziny rejestracji |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |