

- .....
- .....
- 11 Dostępność do wykonywania świadczeń (podać dni tygodnia i godziny) w siedzibie zamawiającego oraz adres najbliższej lokalizacji punktu pobrań (dni tygodnia i godziny) wraz z podaniem odległości od siedziby zamawiającego w kilometrach oraz pozostałych lokalizacji (dni tygodnia i godziny) do których będą mieć dostęp pacjenci skierowani przez zamawiającego:
- .....
- .....