**Wykaz osób uprawnionych do otrzymywania sporządzonych opisów wyników badań**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Adres poczty elektronicznej** | **Nr Fax** | **Okres uprawnienia**  **(dd-mm-rrrr – dd-mm-rrrr)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

…………………………………………………….

Podpis udzielającego zamówienia