

**Załącznik nr 2**

....., dnia .....2024 r.

**LISTA ŚWIADCZENIODAWCÓW PODLEGAJĄCYCH KONTROLI JAKOŚCI  
BADAŃ MAMMOGRAFICZNYCH W ROKU 2024**

Imię i nazwisko kontrolera: .....

Nr dowodu osobistego: .....

Wykaz świadczeniodawców:

1.....

2.....

3.....

4.....

.....  
(Podpis osoby kontrolującej)