

Załącznik nr 2

....., dnia2025 r.

**LISTA ŚWIADCZENIODAWCÓW PODLEGAJĄCYCH KONTROLI JAKOŚCI
BADAŃ MAMMOGRAFICZNYCH W ROKU 2025**

Imię i nazwisko kontrolera:

Nr dowodu osobistego:

Wykaz świadczeniodawców:

1.....

2.....

3.....

4.....