

Wykaz osób upoważnionych do korzystania z dostępu do wyników badań on-line

Lp.	Imię i nazwisko osoby upoważnionej	Tytuł zawodowy/stanowisko, np.: lekarz, pielęgniarka, recepcjonistka	Numer PWZ osoby upoważnionej (jeśli dotyczy)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Niniejszym potwierdzam, że w/w osoby są upoważnione do korzystania z dostępu do wyników badań on-line, zleconych przez Udzielającego Zamówienia.

Jednocześnie **upoważniam Panią** - **Koordynatora ds. Onkologii**, (Nr telefonu kontaktowego - **xxx xxx xxx**), do odbioru kart i kontaktowania się w sprawie korzystania z dostępu do wyników badań on-line dla w/w osób w imieniu Udzielającego Zamówienia.

Uwaga: Zmiana danych wymienionych w niniejszym załączniku wymaga powiadomienia Przyjmującego Zamówienie drogą elektroniczną i wchodzi w życie od dnia otrzymania przez Przyjmującego Zamówienie informacji o zmianie. Zmiana, o której mowa w poprzednim zdaniu, nie stanowi zmiany Umowy i nie wymaga zachowania formy aneksu.

.....
(data)

.....
(pieczęć, podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania
Udzielającego Zamówienia)