*Samodzielny Publiczny Psychiatryczny*

*Zakład Opieki Zdrowotnej*

*im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy*

Załącznik nr 6

*Wykaz operacyjny dotyczący jednostki Zamawiającego   
i jednostek Wykonawcy*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p | Jednostka Zamawiającego | Adres | Telefon kontaktowy |
| 1 | Samodzielny Publiczny Psychiatryczny  Zakład Opieki Zdrowotnej  im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy | pl. im. dr Zygmunta Brodowicza 1, 16-070 Choroszcz | 85 719 10 91 wew. 217 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p | Jednostka Wykonawcy | Adres | Telefon kontaktowy |
| 1 |  |  |  |