**Sprawa *1/MED./2024*** *Załącznik nr 12 do Ogłoszenia o Konkursie*

|  |
| --- |
| **Wykaz punktów pobrań Przyjmującego zamówienie** **na terenie miasta Olsztyn** |
| **Lp.** | **Nazwa placówki**  | **Adres**  |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| 11. |  |  |
| 12. |  |  |
| 13. |  |  |
| 14. |  |  |
| 15. |  |  |
| 16. |  |  |
| 17. |  |  |
| 18. |  |  |
| 19. |  |  |
| 20. |  |  |
| 21. |  |  |
| 22. |  |  |