

**Załącznik nr 1**

*Do Umowy o świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy  
z dnia \_\_\_\_\_ roku*

**WYKAZ PLACÓWEK ZLECENIOBIORCY**  
**CENTRUM DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ ENDOMED**  
**SPECJALITYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ**

- **ul. Subisława 24, 80-354 Gdańsk**

tel.: (58) 557 72 23 , faks: (58) 557 72 39

czynne: poniedziałek piątek 7:30–20:00, laboratorium 07.30-09.00

sobota: 8:00–13:00, laboratorium 08.00-10.00

- **ul. Opolska 5, 80-395 Gdańsk**

tel.: (58) 346 13 35, faks: (58) 346 13 29

czynne: poniedziałek- piątek 7:30–20:00, laboratorium 07.30-09.00

sobota: 8:00–13:00, laboratorium 08.00-10.00

- **ul. Staropolska 32, 80-180 Kowale**

tel.: (58) 309 97 03, fax: (58) 309 97 04

czynne: poniedziałek- piątek 7:00–20:00, laboratorium 07.00-09.00