



.....

.....

.....

**Wykaz zabiegów rehabilitacyjnych:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Wykaz sprzętu rehabilitacyjnego:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Program kulturalno-oświatowy;**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Organizacja czasu  
wolnego:**.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
.....  
.....

....., dnia,.....

/podpis upoważnionego  
przedstawiciela Wykonawcy/