**Załącznik Nr 1 do Umowy nr ………………….**

1. **Zestawienie jednostek NADAWCY oraz odpowiadających im placówek nadawczych ………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jednostka organizacyjna nadawcy** | **Usługa** | **Jednostka organizacyjna**  |
| **Nazwa** | **Kod pocztowy** | **Miejscowość** | **Adres (ulica, nr)** | **Usługa** | **Nazwa** | **Kod pocztowy** | **Miejscowość** | **Adres (ulica, nr)** | **Odbiór dni** | **Odbiór godziny** |
| **1. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie – Filia w Ełku** | 19-300 | Ełk | Kościuszki 30 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **Zestawienie placówek …………. wydających przesyłki awizowane/doręczających zwroty**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jednostka organizacyjna nadawcy** | **Usługa** | **Jednostka organizacyjna**  |
| **Nazwa** | **Kod pocztowy** | **Miejscowość** | **Adres (ulica, nr)** | **Usługa** | **Nazwa** | **Kod pocztowy** | **Miejscowość** | **Adres (ulica, nr)** | **Odbiór dni** | **Odbiór godziny** |
| **1. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie – Filia w Ełku** | 19-300 | Ełk | Kościuszki 30 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |