Załącznik nr 3 do ZOf

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny**

**Zakład Opieki Zdrowotnej**

 **Szpital Specjalistyczny MSWiA**

**ul. Kańsko 1,**

**78-520 Złocieniec**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Wykaz stosowanych środków do prania i dezynfekcji**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Stosowane środki do prania i dezynfekcji** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**wraz ze stosownymi certyfikatami lub pozytywnymi opiniami Państwowego Zakładu Higieny lub innego równoważnego**