Załącznik nr 4 do SIWZ

**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 środków transportu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wykaz środków transportu przystosowanych do przewozu bielizny szpitalnej dopuszczonych do używania przez odpowiednie służby sanitarno-epidemiologiczne** | **Nr rejestr.** | **Informacja o podstawie dysponowania pojazdami** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |