



Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
Szpital Specjalistyczny MSWiA
ul. Kańsko 1,
78-520 Złoceniec**

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