



AT.ZP.271.27.2024.MW

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

.....

.....

.....

.....

**Wykaz placówek oddawczo-awizacyjnych**

Lp.	Nazwa i adres placówki oddawczo-awizacyjnej	Dni i godziny otwarcia placówki (co najmniej jedna z placówek musi być czynna w dni robocze do godz. 20:00)	Placówka, w której świadczona będzie usługa dla „klientów masowych”*	Informacja o podstawie do dysponowania danymi placówkami
1			TAK/NIE	
2			TAK/NIE	
3			TAK/NIE	

**\*niepotrzebne skreślić****Jednocześnie - Wykonawca oświadcza, iż ww. placówki spełniają warunki opisane w SWZ.****POUCZENIE:**

Art. 297 § 1 KODEKSU KARNEGO: Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego (...) zamówienia przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania (...) zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej (ych) do podpisania  
niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów)\*

**\*Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**