**Wykonawca:**

………………………………………………………

*(pieczęć Wykonawcy)*

**WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU, JAKIMI WYKONAWCA BĘDZIE REALIZOWAŁ ZAMÓWIENIE**

**Świadczenie usługi żywienia dla pacjentów Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego oraz Oddziału Chirurgii Jednego Dnia SP ZOZ MSWiA w Koszalinie
- Przychodna w Słupsku, ul. Lelewela 58.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Marka, model, rodzaj, rok produkcji** | **ilość** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*.......................................*

 *(miejscowość, data)*

 *..................................................................*

(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu)