Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
i Administracji w Koszalinie**

**75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………

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

**Wykaz osób uprawnionych do sporządzania świadectw charakterystyki energetycznej prowadzonego przez MRiT.**

1. ………………………………………………………uprawnienia nr …………………………..
2. ………………………………………………………uprawnienia nr …………………………..
3. ………………………………………………………uprawnienia nr …………………………..
4. ………………………………………………………uprawnienia nr …………………………..
5. ………………………………………………………uprawnienia nr …………………………..
6. ………………………………………………………uprawnienia nr …………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

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

 *(miejscowość, data)*

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

 **(podpis i pieczątka osoby uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)**