

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 pieczęć osoby/ osób uprawnionych do
występowania w imieniu)