Znak sprawy :02/PN/2020

WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU

przystosowanych do transportu bielizny szpitalnej oraz zakaźnej pod nadzorem PPIS właściwego dla wykonawcy

# Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa................................................................................................................

Siedziba.............................................................................................................

Nr telefonu/faksu/adres e-mail ................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Marka/model** | **Rok produkcji** | **Nr rejestracyjny** | **Norma emisji spalin** | **Ładowność** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

......................... dnia .................... podpisano...................................

 (upoważniony przedstawiciel)