Oznaczenie sprawy: 28/ZP/2020 Załącznik Nr 6 do SIWZ

*(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)*

**Wykaz aparatury kontrolno-pomiarowej**

**Usługi w zakresie wykonywania okresowych przeglądów technicznych, konserwacji**

**oraz napraw pogwarancyjnych aparatury i sprzętu medycznego**

**w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Proszowicach**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp** | **Aparatura kontrolno-pomiarowa**  *(typ, model,numer seryjny, data ostatniego wzorcowania)* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Miejscowość…………………..........., dnia ..............................

*( podpis)*