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)*