Oznaczenie sprawy: 07/ZP/2018 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, podległych Ośrodkach Zdrowia,**

 **Podstacji Pogotowia Ratunkowego w Słomnikach i u pacjentów.**

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

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

*( podpis)*