**Załącznik nr 5 do SWKO**

……………………………………….

pieczęć adresowa firmy Oferenta

**WYKAZ SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i typ sprzętu / aparatury medycznej** | **Rok produkcji** | **Producent** | **Liczba sprzętu/ aparatu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Do niniejszego wykazu dołączamy szt. dokumentów potwierdzających posiadane certyfikaty dopuszczenia do obrotu oraz paszporty techniczne.

…………………………………… …………..……….…………………..

miejsce i data podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wykonawcy lub pełnomocnika