

Znak sprawy DAG/02/2020  
Załącznik nr 7 do SIWZ

**ZAMAWIAJĄCY:**

Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej w Łędzinach  
ul. Asnyka 2  
43-140 Łędziny  
Tel. / fax: 32/ 216 77 01

**WYKONAWCA**

.....

.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od  
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

**WYKAZ NARZĘDZI I URZĄDZEŃ PRZEWIDYWANYCH DO WYKONANIA  
ZAMÓWIENIA**

Lp.	Rodzaj sprzętu	Ilość
1.	Automaty myjąco – zbierające o napędzie elektrycznym	
2.	Polerki wysokoobrotowe	
3.	Szorowarki	
4.	Odkurzacze na sucho i mokro	
5.	Wózki z zestawem sprzątającym dla każdej osoby sprzątającej	

....., dnia ..... 2020 r.  
(miejsowość)

.....  
(podpis własnoręczny osoby uprawnionej / osób  
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy)