**INS/DN – 10/2023**

**Załącznik Nr 6 do SWZ**

**Wykaz stosowanych środków ochrony**

.......................................................................................................   
 *Nazwa i adres Wykonawcy*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data zabiegu** | **Zastosowany środek ochrony roślin** | **Przyczyna zastosowania środka (nazwy chorób, szkodników, chwastów itp.)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Dokument należy złożyć w formie elektronicznej lub w postaci elektronicznej opatrzony odpowiednio kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**