**Załącznik nr 5**

**Lista osób upoważnionych do dokonywania zgłoszeń Awarii ze strony Zamawiającego**

**SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II ul. Wojska Polskiego 51,
NIP: 657-18-13-314, zwana dalej Zamawiającym, w imieniu którego działają:**

1. ………….

2. ………….

W związku z zawartą w dniu ..............2022 roku umową nr **05/PN/2021** Zamawiający informuje Wykonawcę, iż:

1. Funkcje koordynatora współpracy będzie pełnił: …………………………………………...

2. Osobami odpowiedzialnymi **do dokonywania zgłoszeń Awarii ze strony Zamawiającego są:**

a) ……………………………………… nr. tel. ………………, e-mail ……………………….

b) ……………………………………… nr. tel. ………………, e-mail ……………………….

c) ……………………………………… nr. tel. ………………, e-mail ……………………….

d) ……………………………………… nr. tel. ………………, e-mail ……………………….