**INS/FZ – 8/2024**

**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Wykaz stosowanych środków ochrony roślin**

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (imię i nazwisko)

 Podpisy uprawnionych przedstawicieli wykonawców