

Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
Szpital Specjalistyczny MSWiA
ul. Kańsko 1,
78-520 Złocieniec**

Wykonawca:

.....

.....

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

.....

.....

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do
reprezentacji)*

Wykaz stosowanych środków do prania i dezynfekcji

Lp.	Stosowane środki do prania i dezynfekcji

**wraz ze stosownymi certyfikatami lub pozytywnymi opiniami Państwowego Zakładu Higieny
lub innego równoważnego**