|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Znak sprawy: SP-WOSzK-ZP.2612.10.2024 |  | Załącznik nr 7 do SWZ |
|  |  | ........................................... |
|  |  | *(miejscowość i data)* |

|  |
| --- |
| **PARAMETRY PROPONOWANYCH PRODUKTÓW RÓWNOWAŻNYCH – ZADANIE NR .................** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp. z zał. nr 5 do SWZ** | **Proponowany produkt równoważny (nazwa, producent)** | **Opis, dane techniczne lub parametry proponowanego produktu równoważnego** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*UWAGA:*

*Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.*

*Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.*