Załącznik nr 2.1 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 1: Wózek aktowy / pocztowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek aktowy / pocztowy zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.1 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DK/ZMN |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.2 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 2: Wózek transportowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek transportowy zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.2 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DZ/AA |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.3 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 3: Wózek paletowy akumulatorowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek paletowy akumulatorowy zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.3 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DK/A |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.4 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 4: Wózek paleciak ręczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek paleciak ręczny zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.4 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DZ/DZ |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.5 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 5: Wózek transportowy osiatkowany**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek transportowy osiatkowany zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.5 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DZ/DT |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.6 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 6: Wózek / kontener na brudne pranie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek / kontener na brudne pranie zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.6 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DZ/HO |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.7 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 7: Wózek platformowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek platformowy zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.7 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DK/KTS |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.8 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 8: Wózek transportowy typu platforma**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek transportowy typu platforma zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.8 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DZ/AA |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.9 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 9: Wózek inwalidzki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek inwalidzki zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.9 do SWZ** | 12 |  |  |  |  |  |  | 3 sztuki DK/IOCH  5 sztuk DZ/AA  4 sztuki DL/PP |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.10 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 10: Kontener na odpady**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Kontener na odpady zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.10 do SWZ** | 2 |  |  |  |  |  |  | DK/IKRA |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.11 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 11: Wózek transportowy (stół opatrunkowy z materacem)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek transportowy (stół opatrunkowy z materacem) zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.11 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DK/IOCH |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.12 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 12: Wózek metalowy dwupółkowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek metalowy dwupółkowy zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.12 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DK/KTS |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.13 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 13: Wózek gospodarczy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek gospodarczy zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.13 do SWZ** | 2 |  |  |  |  |  |  | DZ/AA |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.14 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 14: Wózek medyczny dwupółkowy ze stali nierdzewnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek medyczny dwupółkowy ze stali nierdzewnej zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.14 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DL/ZG |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.15 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 15: Wózek do opatrunków**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek do opatrunków zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.15 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DL/PP |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.16 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 16: Wózek funkcyjny anestezjologiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek funkcyjny anestezjologiczny zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.16 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DK/ZAIT |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.17 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 17: Wózek pod aparaty medyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek pod aparaty medyczne zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.17 do SWZ** | 2 |  |  |  |  |  |  | DL/PRH |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.18 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 18: Wózek leżący**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek leżący zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.18 do SWZ** | 3 |  |  |  |  |  |  | DK/OPR |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Załącznik nr 2.19 do SWZ

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 19: Wózek inwalidzki 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek inwalidzki zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.19 do SWZ** | 4 |  |  |  |  |  |  | 1 szt. DL/PRH  3 szt.  DK/OPR |

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

(data wystawienia)

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.