SP ZOZ MSWiA w Koszalinie

ul. Szpitalna 2, 75-720 Koszalin Załącznik nr 1 do SIWZ

**DANE WYKONAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa: |  |
| Adres: |  |
| Województwo: |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| KRS lub inny organ rejestrowy: |  |
| Wielkość przedsiębiorstwa:(właściwe podkreślić) | 1. **mikroprzedsiębiorstwo**, czyli przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EURO;2. **małe przedsiębiorstwo**, czyli przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EURO;3. **średnie przedsiębiorstwo**, czyli przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EURO lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EURO.4. **żadne z powyższych.** |
| Telefon/fax: |  |
| Dane osoby upoważnionej do kontaktów: | Imię i nazwisko:Numer telefonu:Adres e-mail:  |
| Strona www: |  |
| Numer rachunku bankowego: |  |

…………….……..…. dnia ………….……. r.

*(miejscowość)*

…………………………..………………*(podpis Wykonawcy*