Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych   
i Administracji w Koszalinie**

**75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2**

**Wykonawca:**

………………………………………………………

*(pieczęć Wykonawcy)*

**WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU, JAKIMI WYKONAWCA BĘDZIE REALIZOWAŁ ZAMÓWIENIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Marka, model, rodzaj, rok produkcji** | **ilość** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*.......................................*

*(miejscowość, data)*

*..................................................................*

(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu)