Załącznik nr 2

**WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU WYKORZYSTYWANYCH**

**DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA W PRZEDMIOCIE:**

**„Usługa w zakresie całodobowego odbioru , transportu oraz przechowywania zwłok osób zmarłych w SPZZOZ w Wyszkowie”**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: ……………………………………………………………………………..

Numer telefonu: ……………………………

e-mail: ……………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Marka pojazdu** | **Nr rejestracyjny** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Data …………………………………

................................................................................

podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo