

Wykaz samochodów

W imieniu:

Nazwa (firma) wykonawcy:
<i>albo</i> Imię i nazwisko wykonawcy:
Adres zamieszkania wykonawcy <small>(dotyczy wykonawców będących osobami fizycznymi):</small>
Adres siedziby wykonawcy (kod, miasto, ulica, nr):
Numer NIP i REGON wykonawcy:
Numer telefonu, faksu, adres e-mail:

Lp.	ŚRODEK TRANSPORTU	NUMER REJESTRACYJNY	MARKA SAMOCHODU	PODSTAWA DYSPONOWANIA
1		2	3	4

Transport musi odbywać się pojazdami przystosowanymi do transportu odpadów medycznych o kodzie 18 01 04 oraz obsługiwany przez wykwalifikowany personel.

....., dnia r.

.....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania wykonawcy)