***ZAŁĄCZNIK nr 1 do SWZ***

 **Zamawiający:**

…………………………………….

……………………………………

…………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

…………………………………….

…………………………………….

…………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu: NIP/PESEL,*

*KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIDCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: Pzp)**

**DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego wraz z uruchomieniem dla Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły-** Znak sprawy : ZP.I.2.224/02/21

prowadzonego przez Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu oświadczam że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r …………………………………………

 *(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie

art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 lub 6 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na

podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r. …………………………………………

 *(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r. …………………………………………

 *(podpis)*

***~~ZAŁĄCZNIK nr 2 do SWZ~~***

**Nie dotyczy**

 **~~Zamawiający:~~**

~~…………………………………….~~

~~……………………………………~~

~~…………………………………….~~

*~~(pełna nazwa/firma, adres)~~*

**~~Wykonawca:~~**

~~…………………………………….~~

~~…………………………………….~~

~~…………………………………….~~

*~~(pełna nazwa/firma, adres,~~*

*~~w zależności od podmiotu: NIP/PESEL,~~*

*~~KRS/CEiDG)~~*

~~reprezentowany przez:~~

~~………………………………………………………………~~

*~~(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)~~*

**~~OŚWIDCZENIE WYKONAWCY~~**

**~~składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.~~**

**~~Prawo zamówień publicznych~~**

**~~DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU~~**

~~Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………, prowadzonego przez Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Perzyny w Kaliszu oświadczam, co następuje:~~

~~Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SWZ część C.2.2 i C.2.3~~

~~…………….…….~~ *~~(miejscowość),~~* ~~dnia …………………. r. …………………………………………~~

 *~~(podpis)~~*

***ZAŁĄCZNIK nr 3a do SWZ***

|  |
| --- |
|  Zamawiający:**Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły,** **ul. Kolejowa nr 1a, 32-310 Jaroszowiec****FORMULARZ OFERTOWY** |

**Wykonawca:**

……………………………………………………..……............................................................................................................................................…

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

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**reprezentowany przez:**

…………………………………………………………………………….....................................…......................................................................................

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

***Adres skrzynki ePUAP wykonawcy: ..........................................***

## **FORMULARZ OFERTOWY (1)**

1. **Kryterium I – Cena**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Wartość netto** **w PLN** | **Stawka VAT**  | **Kwota VAT**  | **\*Wartość brutto** **w PLN** |
| **Zadanie nr 1** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 2** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 3** |  |  |  |  |

*\*Cena obejmuje wszelkie koszty i obciążenia związane z dostawą, montażem i uruchomieniem przedmiotu zamówienia (m.in. koszty: transportu, rozładunku, instalacji, uruchomienia urządzenia oraz przeszkolenia personelu).Wartość ta będzie przedmiotem oceny w kryterium „Cena brutto*”.

1. **Kryterium II – Termin dostawy:**

|  |  |
| --- | --- |
| Termin dostawy liczony od daty podpisania umowy: Dla zadania nr 1,2,3 **: max. 14 dni** roboczych  | **Oferuję/my termin dostawy :** **Zadanie nr 1** - .....................................dni**Zadanie nr 2** - ......................................dni **Zadanie nr 3** - ......................................dni od dnia podpisania umowy Wartość ta będzie przedmiotem oceny w tym kryterium |

**III. Oświadczenia dotyczące warunków/postanowień zawartych w specyfikacji warunków zamówienia:**

1. Zapoznałem się z treścią SWZ dot. przetargu nieograniczonego na **Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego wraz z uruchomieniem dla Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły** *o*raz z załączonymi do niej projektem umowy i akceptuję określone w nim warunki bez zastrzeżeń;
2. Oferowane przez naszą firmę wyroby spełniają bezwzględnie wymagania określone w SWZ;
3. W razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do dostarczania przedmiotu zamówienia zgodnego z jego opisem zawartym w SWZ, za cenę podaną w Formularzu Cenowym i w terminie podanym w SWZ i Projekcie umowy;
4. Oferowane przez naszą firmę wyroby są dopuszczone do obrotu i stosowania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami, a jeśli dotyczy z przepisami ustawy o wyrobach medycznych,
5. W cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia;
6. Wartość lub procentowa część zamówienia jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom ...........................................................................................................................................
7. Zgodnie art. 225 ustawy Prawo zamówień publicznych oświadczamy, iż wybór naszej oferty **będzie/nie będzie\*** prowadził do powstaniu u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług. **(niewłaściwe skreślić).**

 Wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT).

 W przypadku, gdy wybór oferty Wykonawcy będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego Wykonawca zobowiązany jest wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usług, wartość tego towaru lub usług bez kwoty podatku VAT. Nazwa towaru lub usług prowadzących do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego ………..............… oraz wartość tych towarów i usług bez podatku od towarów i usług: …......……….. PLN.

1. Zgłoszenia awarii przedmiotu umowy dokonywane będą na adres e-mail: …………………………………………………….,
2. Wykonawca jest: (*niepotrzebne skreślić)*
* mikroprzedsiębiorstwem,
* małym przedsiębiorstwem,
* średnim przedsiębiorstwem,
* jednoosobową działalnością gospodarczą,
* osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,
* innym rodzajem
1. Wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO**\*** wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*
2. Wszystkie dane zawarte w mojej ofercie są zgodne z prawdą i aktualne w chwili składania oferty.
3. Składamyofertę na \_\_\_\_ stronach.
4. Wraz z ofertą składamynastępujące oświadczenia i dokumenty:

 1.…….

 2.…….

 3.…….

.............................................................. …………………………………..

/ miejscowość, data/ Nazwa wykonawcy/ podpis

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

*\*rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie
 ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego
 przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)
 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).*

*\*\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego
 dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4
 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np.
 przez jego wykreślenie)*

 ***ZAŁĄCZNIK nr 3b do SWZ***

**FORMULARZ OFERTOWY (2)**

**Zestawienie wymaganych parametrów jakościowych**

**Zadanie 1 – Bieżnia – 2 szt.**

|  |
| --- |
| **Zadanie nr 1****Bieżnia elektryczna sztuk 2** |
| **Lp.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE** | **Wymogi graniczne****TAK/ NIE** | **Parametry oferowane/ podać zakresy****lub opisać** |
| 1 | Oferent / Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa/typ/model urządzenia | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia/miejsce produkcji | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji - 2020 r. lub nowszy | Tak |  |
| 5 | Moc silnika: minimum 3,00 KM | Tak |  |
| 6 | Nachylenie: minimum 0-15 % regulowane elektronicznie | Tak |  |
| 7 | Wymiary pasa: 145 x 48 cm (+/- 10%) | Tak |  |
| 8 | Rolki transportowe | Tak |  |
| 9 | Zasilanie: 230 v , 50 Hz | Tak |  |
| 10 | Waga bieżni: minimum 100 kg (+/- 15%) | Tak |  |
| 11 | Max.waga użytkownika: brak ograniczeń | Tak |  |
| 12 | Wymiary (dł.szer.wys): 190 x 85 x 135 cm(+/- 10%) | Tak |  |
| 13 | Oferowane sprzęty rehabilitacyjne, w zakresie objętym przedmiotem zamówienia, muszą posiadać przewidziane prawem świadectwa rejestracji, atesty, świadectwa jakości, certyfikaty, deklaracje zgodności (w tym oznakowanie znakiem CE) lub zezwolenia dopuszczające do obrotu i stosowania, a ponadto właściwe oznakowania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.  | Tak |  |
| **WARUNKI DOSTAWY** |
| 1. | Termin dostawy – max 14 dni od podpisania umowy | TAK |  |
| **WARUNKI GWARANCJI i SERWISU**  |
| 2. | Gwarancja – minimum 24 miesiące | TAK |  |
| 3. | SERWIS – czas reakcji serwisu od zgłoszenia usterki maximum 48 godzin | TAK |  |
| 4. | Zapewnienie czasu naprawy:* 1. do 3 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii w przypadku braku konieczności wymiany części zamiennych,
	2. do 5 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii w przypadku konieczności wymiany części zamiennych – dotyczy awarii urządzeń produkcji polskiej,
	3. do 8 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii w przypadku konieczności wymiany części zamiennych – dotyczy awarii urządzeń produkcji zagranicznej
 | TAK |  |
| 5. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | TAK |  |
| 6. | Zalecenia producenta dotyczące częstości wykonywania okresowych przeglądów technicznych – dostarczyć wraz z dostawą urządzenia | TAK |  |
| 7. | Zapewnienie dostępności części zamiennych | TAK |  |
| 8. | Bezpłatne wykonanie wymaganych zgodnie z zaleceniami producenta przeglądów w okresie gwarancyjnym | TAK |  |

.............................................................. …………………………………..

/ miejscowość, data/ Nazwa wykonawcy/ podpis

**FORMULARZ OFERTOWY (3)**

**Zestawienie wymaganych parametrów jakościowych**

**Zadanie 2 – Kamizelka drenażowa – 3 szt.**

|  |
| --- |
| **Zadanie nr 2****KAMIZELKA DRENAŻOWA sztuk 3** |
| **Lp.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE** | **Wymogi graniczne****TAK/ NIE** | **Parametry oferowane/ podać zakresy****lub opisać** |
| 1 | Oferent / Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji – 2020 r. lub nowszy | Tak |  |
| 5 | Zintegrowany składany uchwyt do przenoszenia | Tak |  |
| 6 | Sterowanie urządzenia za pomocą przycisków | Tak |  |
| 7 | Wstrzymanie i ponowne uruchomienie generatora impulsów powietrza za pomocą pilota | Tak |  |
| 8 | Panel sterowania z podświetlanym ekranem pokazujący minimum takie informacje jak: wersja oprogramowania, łączna ilość godzin używania, tryby pracy urządzenia, komunikaty systemowe | Tak |  |
| 9 | Minimum dwa przewody powietrzne ułatwiające równomierne rozprowadzanie powietrza w całej kamizelce. | Tak |  |
| 10 | Oferowane sprzęty rehabilitacyjne, w zakresie objętym przedmiotem zamówienia, muszą posiadać przewidziane prawem świadectwa rejestracji, atesty, świadectwa jakości, certyfikaty, deklaracje zgodności (w tym oznakowanie znakiem CE) lub zezwolenia dopuszczające do obrotu i stosowania, a ponadto właściwe oznakowania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.  | Tak |  |
| **USTAWIENIA TERAPII** |
| 11 | Zakres częstotliwości oscylacji min. 5-10 Hz - regulowana skokowo co 1 | Tak |  |
| 12 | Ciśnienie min. 1-10 -regulowane skokowo co 1 | Tak |  |
| 13 | Ustawienie czasu min. 1-60 minut - regulowane skokowo co 1 minutę | Tak |  |
| 14 | Łagodne rozpoczęcie terapii, płynne przejście do oczekiwanych ustawień w ciągu max 25 sekund | Tak/Nie |  |
| **WARUNKI DOSTAWY** |
| 1. | Termin dostawy – max 14 dni od podpisania umowy | TAK |  |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** |
| 2. | Gwarancja – minimum 24 miesiące | TAK |  |
| 3. | SERWIS – czas reakcji serwisu od zgłoszenia usterki maximum 48 godzin | TAK |  |
| 4. | Nieodpłatne użyczenie sprzętu zastępczego ( na czas hipotetycznej naprawy ) o tożsamych lub wyższych parametrach użytkowych – celem zapewnienia ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez Zamawiającego | TAK  |  |
| 5. | Zapewnienie czasu naprawy:1. do 3 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii w przypadku braku konieczności wymiany części zamiennych,
2. do 5 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii w przypadku konieczności wymiany części zamiennych – dotyczy awarii urządzeń produkcji polskiej,
3. do 8 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii w przypadku konieczności wymiany części zamiennych – dotyczy awarii urządzeń produkcji zagranicznej
 | TAK |  |
| 6. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | TAK |  |
| 7. | Zalecenia producenta dotyczące częstości wykonywania okresowych przeglądów technicznych – dostarczyć wraz z dostawą urządzenia | TAK |  |
| 8. | Zapewnienie dostępności części zamiennych | TAK |  |
| 9. | Bezpłatne wykonanie wymaganych zgodnie z zaleceniami producenta przeglądów w okresie gwarancyjnym | TAK |  |

.............................................................. …………………………………..

/ miejscowość, data/ Nazwa wykonawcy/ podpis

**FORMULARZ OFERTOWY (4)**

**Zestawienie wymaganych parametrów jakościowych**

**Zadanie nr 3 – Kamizelka wibracyjna – 1 szt.**

|  |
| --- |
| **Zadanie 3****KAMIZELKA WIBRACYJNA sztuk 1** |
| **Lp.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE** | **Wymogi graniczne****TAK/ NIE** | **Parametry oferowane/ podać zakresy****lub opisać** |
| 1 | Oferent / Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji – 2020 r. lub nowszy | Tak |  |
| 5 | Oferowane sprzęty rehabilitacyjne, w zakresie objętym przedmiotem zamówienia, muszą posiadać przewidziane prawem świadectwa rejestracji, atesty, świadectwa jakości, certyfikaty, deklaracje zgodności (w tym oznakowanie znakiem CE) lub zezwolenia dopuszczające do obrotu i stosowania, a ponadto właściwe oznakowania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.  | Tak |  |
| 6 | Sprzęt fabrycznie nowy | Tak |  |
| 7 | Przenośna kamizelka wibracyjna, cechująca się mobilnością (możliwość zasilania akumulatorowego oraz przewodowego i wykonania zabiegu w dowolnym miejscu). Kamizelka do oczyszczania górnych dróg oddechowych oraz oskrzeli z zalegających wydzielin. | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Okres gwarancji urządzeniaGwarancja – minimum 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 2. | SERWIS – czas reakcji serwisu od zgłoszenia usterki maximum 48 godzin | Tak, podać |  |
| 3. | Nieodpłatne użyczenie sprzętu zastępczego ( na czas hipotetycznej naprawy ) o tożsamych lub wyższych parametrach użytkowych – celem zapewnienia ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez Zamawiającego | TAK |  |
| 4. | Deklaracja zgodności lub inne dokumenty, potwierdzające dopuszczenie wyrobu medycznego do obrotu lub używania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych | Tak, załączyć |  |
| 5. | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem w postaci wydrukowanej i w postaci elektronicznej na żądanie | Tak |  |
| 6. | Szkolenie rozruchowe personelu obsługującego aparaturę w siedzibie Zamawiającego | Tak |  |
| 7. | Zapewnienie czasu naprawy:1. do 3 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii w przypadku braku konieczności wymiany części zamiennych,
2. do 5 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii w przypadku konieczności wymiany części zamiennych – dotyczy awarii urządzeń produkcji polskiej,
3. do 8 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii w przypadku konieczności wymiany części zamiennych – dotyczy awarii urządzeń produkcji zagranicznej
 | TAK |  |
| 8. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | TAK |  |
| 9. | Zalecenia producenta dotyczące częstości wykonywania okresowych przeglądów technicznych – dostarczyć wraz z dostawą urządzenia | TAK |  |
| 10. | Zapewnienie dostępności części zamiennych | TAK |  |
| 11. | Bezpłatne wykonanie wymaganych zgodnie z zaleceniami producenta przeglądów w okresie gwarancyjnym | TAK |  |

.............................................................. …………………………………..

/ miejscowość, data/ Nazwa wykonawcy/ podpis

 ***Załącznik nr 4 do SWZ***

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

( pieczęć Wykonawcy )

**Zadanie nr 1 - FORMULARZ CENOWY (1)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa wyrobu | J.m. | Ilość | Cena jednostkowanetto w PLN | Wartość netto pozycjiasortymentowej(kol.4 x kol.5) | Podatek VAT | Wartość brutto pozycjiasortymentowej(kol. 6 + kol. 8) |
| Stawka w % | Wartość w PLN |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  | Bieżnia  | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM WARTOSĆ****ZADANIA** |  | X |  |  |

.............................................................. …………………………………..

/ miejscowość, data/ Nazwa wykonawcy/ podpis

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

( pieczęć Wykonawcy )

**Zadanie nr 2 - FORMULARZ CENOWY (2)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa wyrobu | J.m. | Ilość | Cena jednostkowanetto w PLN | Wartość netto pozycjiasortymentowej(kol.4 x kol.5) | Podatek VAT | Wartość brutto pozycjiasortymentowej(kol. 6 + kol. 8) |
| Stawka w % | Wartość w PLN |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  | Kamizelka drenażowa  | szt. | 3 |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM WARTOSĆ****ZADANIA** |  | X |  |  |

.............................................................. …………………………………..

/ miejscowość, data/ Nazwa wykonawcy/ podpis

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

( pieczęć Wykonawcy )

**Zadanie nr 3 - FORMULARZ CENOWY (3)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa wyrobu | J.m. | Ilość | Cena jednostkowanetto w PLN | Wartość netto pozycjiasortymentowej(kol.4 x kol.5) | Podatek VAT | Wartość brutto pozycjiasortymentowej(kol. 6 + kol. 8) |
| Stawka w % | Wartość w PLN |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  | Kamizelka wibracyjna | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM WARTOSĆ****ZADANIA** |  | X |  |  |

.............................................................. …………………………………..

/ miejscowość, data/ Nazwa wykonawcy/ podpis

/