

Załącznik nr 10 do SWZ

Zamawiający:
Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokolowskiego
ul. Sokolowskiego 4
58-309 Wałbrzych

Wykonawca:

.....

TABELA – PODWYKONAWCY

Nazwa Wykonawcy:

.....

Adres Wykonawcy:

.....

Przedmiot Zamówienia: „Świadczenie usług serwisowych aparatury medycznej producenta PHILIPS MEDICAL SYSTEM oraz producenta OLYMPUS będących na wyposażeniu Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokolowskiego w Wałbrzychu” - Zp/7/PN-7/21

Uwagi:

1. W przypadku nie korzystania z podwykonawcy – proszę wpisać „wszystko siłami własnymi”

Lp.	Nazwa podwykonawcy	Zakres zlecony podwykonawcy

.....
(data i podpis Wykonawcy)