**Załącznik nr 9**

**do SIWZ**

………………………………………….

(nazwa i adres Wykonawcy)

**PAŁUCKIE CENTRUM ZDROWIA**

**Sp. z o. o.**

**ul. Szpitalna 30**

**88-400 Żnin**

**WYKAZ ŚRODKÓW PIORĄCYCH I DEZYNFEKCYJNYCH**

Wykaz środków piorących i dezynfekcyjnych niezbędnych do wykonania zamówienia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa środka** | **Producent** | **Przeznaczenie**  (rodzaj asortymentu do jakiego środek będzie używany – bielizna ogólno szpitalna; bielizna operacyjna; bielizna noworodkowa; zakaźna) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 r.

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

pieczęć imienna i podpis osób/osoby

uprawnionej do reprezentowania wykonawcy