



AT.ZP.271.31.2023.MW

Nazwa i adres Wykonawcy:

.....

.....

.....

.....

Wykaz placówek oddawczo-awizacyjnych

Lp.	Nazwa i adres placówki oddawczo-awizacyjnej	Dni i godziny otwarcia placówki (co najmniej jedna z placówek musi być czynna w dni robocze do godz. 20:00)	Placówka, w której świadczona będzie usługa dla „klientów masowych”*	Informacja o podstawie do dysponowania danymi placówkami
1			TAK/NIE	
2			TAK/NIE	
3			TAK/NIE	

niepotrzebne skreślić*Jednocześnie - Wykonawca oświadcza, iż ww. placówki spełniają warunki opisane w SWZ.****POUCZENIE:**

Art. 297 § 1 KODEKSU KARNEGO: Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego (...) zamówienia przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania (...) zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

.....
(miejscowość, data)

.....
Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej (ych) do podpisania
niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów)*

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**