***Załącznik nr 6 do SIWZ***

wykaz próbek załączonych do oferty

Wykonawca **[*pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG*]:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Reprezentowany przez **[*imię i nazwisko*]:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:

***dostawę nici chirurgicznych niewchłanialnych* *na rzecz Szpitala Czerniakowskiego Sp. z o.o.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa asortymentu/artykułu | Producent | Nr katalogowy | Numer pozycji z Formularza asortymentowo-cenowego, którego dotyczy próbka | Ilość | Uwagi |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 , dnia \_\_\_/\_\_\_/2020 r.

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *podpis i pieczątka (i) imienna (e) osoby (osób)*

*uprawnionej (ych) do składania oświadczeń wiedzy/woli*

*w zakresie praw i obowiązków majątkowych Wykonawcy*