

Zamawiający
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
w Suwałkach
ul. Filipowska 20
16-400 Suwałki

Wykonawca

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

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności
od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)
reprezentowany przez:

.....
.....

(Imię, nazwisko, stanowisko do reprezentacji)

Wykaz środków transportu

L.p.	Marka samochodu	Nr rej.	Podstawa dysponowania
1			
2			
3			

.....
*Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem
zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy/
Wykonawców. Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF*