**Załącznik nr 8 do SWZ**

**MCPS-WZU/KBCH/351-8/2024 TP/U/S**

Imię i nazwisko i/lub nazwa (firmy) Wykonawcy /Wykonawców występujących wspólnie:

Adres Wykonawcy:

NIP

REGON

**Wykaz PES w celu zdobycia dodatkowych pkt w kryterium nr 2 „Usługa gastronomiczna świadczona przez podmiot ekonomii społecznej”**

W przypadku, gdy daną usługę gastronomiczną będzie świadczył PES należy wpisać jego nazwę pod rodzajem posiłku.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Obiad I dzień** | **Kolacja I dzień** | **Śniadanie (II dzień)** | **Obiad (II dzień)** |
|  |  |  |  |

…………………………………….…, dn. …………………… ….…………………..………………………………….………………………

(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej po stronie Wykonawcy)