*Numer postępowania ZP/23/2019 Załącznik nr 2 do IPU – Wykaz stacji serwisowych zadania nr 1 i 2*

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

 (nazwa i adres Wykonawcy) (miejscowość i data)

**WYKAZ AUTORYZOWANYCH STACJI SERWISOWYCH**

 **( wypełnia Wykonawca )**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Województwo | **Nazwa Autoryzowanej Stacji Obsługi** | **Adres, nr telefonu**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

(podpis(y) osób uprawnionych do

reprezentacji Wykonawcy