Załącznik nr 7 do SIWZ

ZP/PN/03/2020

**Wykaz preparatów przy pomocy których będzie realizowana usługa przez Wykonawcę**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Producent** | **Przeznaczenie** (produkt przeznaczony jest do np.,: mycia/dezynfekcji/…..)\* | **Klasyfikacja** (produkt jest np.: *wyrób medyczny, produkt biobójczy, kosmetyk, produkt myjący, produkt dezynfekcyjny,…)*\* | **Spektrum działania**\* | **Czas działania od momentu zastosowania**  podany wminutach od momentu użycia | **Forma używana** (produkt używany będzie w formie np.: żel, koncentrat, spray, tabletki, roztwór wodny)\* | **Znak /numer dopuszczenia, Deklaracja zgodności/CE** | **UWAGI** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Należy wpisać odpowiednio w odniesieniu do opisywanego środka.

(kwalifikowany podpis elektroniczny)