**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji*

**Zamawiający:**

**Powiat Pabianicki/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

**ul. Traugutta 6a**

**95-200 Pabianice**

INFORMACJA NT. MIEJSCA REALIZACJI USŁUGI

Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu oświadczam / oświadczamy, że proponuję następujące miejsce realizacji usługi:

| Lp. | **Nazwa**  | **Adres**  | **Opis miejsca** | **Zaplecze techniczne** | **Zaplecze sanitarne** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

Należy załączyć zdjęcia potwierdzające, że dane miejsca posiada zaplecze techniczne oraz sanitarne.

………………..……......, dnia……………....……… .....................................................

pieczątka i podpis wykonawcy/ wykonawców