|  |
| --- |
| **Załącznik nr 5 do SWZ** |
| **WYKAZ CAŁODOBOWYCH STACJI PALIW** |

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………………

……………………………………………………

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

WYKAZ CAŁODOBOWYCH STACJI PALIW

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **WYKAZ CAŁODOBOWYCH STACJI PALIW – ADRES** | **SPOSÓB DYSPONOWANIA** |
| 1 |  |  |
| … |  |  |

…………………………………………………………………………

*(kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub osobisty (e-dowód) Wykonawcy*

 *lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*