**Wykonawca:**

……………………………………………..

*(pełna nazwa/firma)*

WYKAZ STOSOWANYCH DO MYCIA I DEZYNFEKCJI POMIESZCZEŃ PRZYCHODNI UCMMiT

I. ŚRODKÓW MYJĄCYCH I DEZYNFEKCYJNYCH (Zgodnie z wymaganiami stref higieny oraz warunkami utrzymania czystości w UCMMiT)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa handlowa stosowanego środka  | Przeznaczenie i m-ce zastosowania *(zgodnie z nazwami Załącznika nr 5 do ZO)* | Kategoria: myjący/dezynfekcyjny: | Spektrum działania | Środek stosowany w stężeniu (%- podać) | Nazwa firmy producenta środka | Numer zaświadczenia o dopuszczeniu oferowanego środka do stosowania w podmiotach leczniczych (załączona aktualna, karta charakterystyki)  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

II.WYKAZ WYKORZYSTYWANEGO SPRZĘTU MECHANICZNEGO (min. 1 raz na tydzień)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa sprzętu mechanicznego wykorzystywanego do czyszczenia posadzek i wykładzin w Przychodni UCMMiT  | Ilość sztuk | Numer seryjny: | Ilość i typ nakładek (czyszczących i polerujących)  |
|  |  |  |  |  |

Załączam do wykazu aktualne karty charakterystyki oraz dokumenty ww. środków, potwierdzające dopuszczenie ich do stosowania na terenie RP w podmiotach leczniczych.

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

 Data i podpis Wykonawcy/Pełnomocnika