**Załącznik nr 2 do SWZ**

…………………………………………………

pełna nazwa/firma, adres Wykonawcy/

Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

**WYKAZ Wykaz punktów realizujących bony/kupony żywieniowe Wykonawcy w ramach zamówienia:**

**„Dostawa bonów/kuponów żywieniowych zastępujących posiłki profilaktyczne**

**dla pracowników Nadleśnictwa Pisz”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | NAZWA PUNKTU | ADRES PUNKTU (miasto ulica nr posesji) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

⃰ *niepotrzebne skreślić*

.................................., dnia ...............................

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

imię, nazwisko, podpis i pieczątka lub czytelny podpis osoby uprawnionej

(osób uprawnionych) do reprezentowania

Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia