**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Wykaz sprawnych urządzeń i sprzętu medycznego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa sprzętu** | **Nazwa producenta** | **Typ** | **Nr ser. urządzenia** | **Rok prod.** | **Miejsce zainstalowania sprzętu** | **Data następnego przeglądu** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

........................................, dn. ............................... .....................................................................

 (podpis)