

Znak: MOPR –DKA-ZP-341/1/2024

Zamawiający
 Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
 w Suwałkach
 ul. Filipowska 20
 16-400 Suwałki

Wykonawca

.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności
 od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)
reprezentowany przez:

.....

(Imię, nazwisko, stanowisko do reprezentacji)

**Wykaz punktów nadawczych i odbiorczych poczty na terenie miasta Suwałki Północ –
 Suwałki Stare Miasto**

L.p.	Nazwa punktu	Adres	Podstawa dysponowania
1			
2			
3			
4			
5			
6			

.....
*Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem
 elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę lub
 osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy/ Wykonawców.
 Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF*