Załącznik Nr 12

Nazwa wykonawcy .................................................................................................

Adres wykonawcy ................................................................................................

Miejscowość .............................................. Data .......................

**Wykaz środków dezynfekcyjnych, jakich Wykonawca zamierza użyć do realizacji zamówienia**

w postępowaniu na świadczenie usługi sprzątania Szpitala w Kościanie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj dezynfekowanej powierzchni** | **Proponowane środki dezynfekcyjne** | **Spektrum działania** | **Opisy potwierdzające wymagania ze wskazaniem strony** |
| Blok operacyjny, porodowy , oddział noworodkowy i położniczo-ginekologiczny , gabinety zabiegowe , sterylizacja , laboratorium |  |  |  |
| Sprzęt i powierzchnie trudno dostępne |  |  |  |
| Oddziały szpitalne, pracownie diagnostyczne |  |  |  |
| Powierzchnie zabrudzone krwią , wydzielinami , wydalinami , |  |  |  |
| Pojemniki na odpady , baseny , kaczki , urządzenia sanitarne |  |  |  |
| Sprzęt i powierzchnie z pleksy i nieodporne na działanie alkoholi |  |  |  |
| Magazyn odpadów medycznych |  |  |  |

Uwaga!

* Wykonawca może zaproponować stosowanie środków równoważnych do zaproponowanych przez zamawiającego w zał. nr 3 rozdział IV pkt 3 do SIWZ tzn. takich, które posiadają, co najmniej takie same parametry jak środki proponowane przez zamawiającego.
* Wykonawca w celu potwierdzenia wymagań Zamawiającego przedstawia dokumenty których autentyczność musi zostać poświadczona przez wykonawcę na żądanie Zamawiającego.

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

(data i czytelny podpis wykonawcy