**Załącznik nr 6 do Umowy**

**Miejsce wykonywania świadczeń:**

Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………….…………………..…………………….

Zakład / pracownia: …………………………………………………….………………………………………………………………………………..……….………………..

Telefon: ……………………………………………………..

Fax: ……………………………………………..……………..

e-mail: ……………………………………………..………..

**Osoba kontaktowa – faktury:** ……………………………………………………………………………………………………………………

Telefon: ……………………………………………………..

Fax: ……………………………………………..…………....

e-mail: ……………………………………………..………..