Załącznik nr 10 do SWZ

 Znak sprawy: DZP.26.7.2024

………………………..

*nazwa i adres Wykonawcy*

………………………..

*miejscowość, data*

**WYKAZ ZASOBÓW DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

**(zgodnie z wymaganiami opisanymi w Rodz. V ust. 1 pkt 4) ppkt c) SWZ)**

* **ZAKŁAD ŻYWIENIA ZBIOROWEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Adres  | Podstawa do dysponowania |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |

* **ŚRODKI TRANSPORTU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa środka transportu /marka/typ/numer rejestracyjny | Podstawa do dysponowania |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |

**UWAGA!**

**Wykonawca moduluje tabelę w zależności od swoich potrzeb**

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

 *(podpis i pieczęć osoby uprawnionej*

*do reprezentacji Wykonawcy)*