ZAŁĄCZNIK NR 4

WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU

POSTĘPOWANIE O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO

NR REJ. ZP.231.2/2024, Usługi pralnicze (na 12 miesięcy)

Wykonawca:

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

Wykaz środków transportu potwierdzający spełnienie warunku dotyczącego zdolności technicznej lub zawodowej

Oświadczam/my że posiadam(-y)/ dysponuję\*/ będę dysponował\*\* środkami transportu przystosowanymi i uprawnionymi do przewozu bielizny szpitalnej:

1. Marka:

Rodzaj dysponowanych pojazdów przystosowanych do realizacji zamówienia:

Nr rejestracyjny: .

2. Marka:

Rodzaj dysponowanych pojazdów przystosowanych do realizacji zamówienia:

Nr rejestracyjny:

Do niniejszego wykazu należy dołączyć opinie sanitarne (lub inny dokument) dla poszczególnych środków transportu, wraz z informacją o podstawie do dysponowania środkami transportu.

Poniżej należy (jeżeli dotyczy) wymienić podmiot, który udostępni do realizacji zamówienia wskazane powyżej zasoby oraz (jeżeli dotyczy) dołączyć zobowiązanie podmiotu: ……………………………………………………………………………………

 **Opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym,**

 **podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy**