Załącznik nr 7 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o.**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

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

reprezentowany przez: ………………………………………………….

 *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ NARZĘDZI, WYPOSAŻENIA ZAKŁADU I URZĄDZEŃ TECHNICZNYCH DOSTĘPNYCH WYKONAWCYUSŁUG**

Oświadczam/y, że dysponuję/dysponujemy potencjałem technicznym do wykonywania przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wykaz narzędzi** | **Informacja o podstawie dysponowania zasobami** |
| 1. | **Adres kuchni:......................................................**kuchnia zatwierdzona decyzją Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w sprawie zatwierdzenia zakładu prowadzącego działalność związaną z produkcją i obrotem żywnością w zakresie przygotowania posiłków od surowca do gotowej potrawy oraz świadczenia usług dla odbiorców zewnętrznych na czas realizacji przedmiotowego zamówienia |  |
| 2. | **środek transportu służący do przewozu żywności**Marka ………………………………………………..Nr rejestracyjny ………………………………… |  |

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***