Załącznik nr 6 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.** | **Opis środka transportu przeznaczonego do przewozu czystej i brudnej bielizny szpitalnej** | **Informacja  o podstawie dysponowania zasobami** |
| 01 | 02 | 03 |
| 1. | Marka ………………………………………………..  Nr rejestracyjny …………………………………  **szczelna i podzielona komora załadunkowa**\* |  |
| 2. | Marka ………………………………………………..  Nr rejestracyjny …………………………………  **szczelna i podzielona komora załadunkowa**\* |  |

\* skreślić jeśli Wykonawca posiada osobne środki transportu do przewozu czystej i brudnej bielizny

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

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