1. 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 WYKONAWCY USŁUG**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wykaz narzędzi** | **Informacja o podstawie dysponowania zasobami, w tym termin dysponowania** |
| 1. | Adres: ………………………………………………………………………spalarni odpadów / instalacji unieszkodliwiania odpadów zgodnie z zachowaniem „zasady bliskości” określonej w art. 20 Ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 779 ze zm.) |  |
| 2. | co najmniej jeden środek transportu przystosowany do transportu odpadów niebezpiecznych o ładowności zapewniającej odbiór odpadów od Zamawiającego w ilościach podanych w SWZ, zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 2011r. o przewozie towarów niebezpiecznych (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 756 ze zm.)Marka ………………………………………………..Nr rejestracyjny …………………………………….. |  |

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

*(Miejscowość)*

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***
2. ***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***