Załącznik nr 5 do SWZ

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę uprawnioną do reprezentacji.***

**WYKONAWCA/Y:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Numer referencyjny: OCZ/ZP-13/2024 |

*pełna nazwa/ firma i adres*

**WYKAZ NARZĘDZI, WYPOSAŻENIA ZAKŁADU I URZĄDZEŃ TECHNICZNYCH DOSTĘPNYCH WYKONAWCY W CELU WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

W związku ze złożeniem oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym na wykonanie zadania pn.: **Świadczenie usług żywienia pacjentów Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia wraz z transportem posiłków,** oświadczam/y, że dysponuję:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP. | Wykaz narzędzi, urządzeń technicznych (rodzaj, parametry, położenie - adres) | **Spełnienie warunku** | **Informacja o podstawie do dysponowania wskazanym sprzętem\***  (forma dysponowania np. własność, umowa leasingu, umowa użyczenia itp.) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | dysponujemy odpowiednim środkiem transportu o numerze rejestracyjnym…………..…………………….. i posiadamy odpowiednie zaświadczenie stwierdzające spełnianie wymagań sanitarnych wydane przez Państwową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną na przewóz i dostawę posiłków | **Spełnia/ nie spełnia\*** |  |
| 2 | dysponuję obiektem kuchennym na czas trwania umowy tj. na okres 12 miesięcy, pod adresem ……………………………………., który posiada zgodę w formie decyzji państwowej stacji sanitarno - epidemiologicznej do wywozu posiłków dla odbiorców zewnętrznych. | **Spełnia/ nie spełnia\*** |  |

**\*Niepotrzebne skreślić**

**Wykonawca jest zobowiązany załączyć dokumenty potwierdzające spełnienie warunków udziału w postępowaniu tj. ważną decyzję właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego dot. zakładu oraz ważną decyzję właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego dot. środka transportu.**