**Numer sprawy: ZO 01/24 Załącznik nr 6 do ZO**

.............................................................

 *(Nazwa i adres Wykonawcy)*

**WYKAZ SPECJALISTYCZNYCH POJAZDÓW PRZEZNACZONYCH DO ŚWIADCZENIA USŁUGI**

Wykaz co najmniej 1 samochodu specjalistycznego do przewozu odpadów medycznych
o minimalnej ładowności 3,0 ton w celu spełnienia warunków udziału w postępowaniu
w zakresie zdolności technicznej lub zawodowej**.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa samochodu****(model, marka)** | **Nr rejestracyjny** | **Informacja o podstawie do dysponowania tymi pojazdami** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |

Oświadczam, że wszystkie pojazdy, które przeznaczam do realizacji usługi będącej przedmiotem zamówienia, są przystosowane do przewozu odpadów. Transport odbywać się będzie zgodnie
z przepisami obowiązującymi w zakresie transportu odpadów objętych przedmiotem zamówienia, nie będzie powodował zagrożeń oraz uciążliwości dla środowiska, oraz będzie spełniał wymogi Ustawy
z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych (Dz. U. 2024.643 t.j. z dnia 2024.04.26).

Ponadto oświadczam, że wszystkie ww. pojazdy posiadają aktualne ubezpieczenie OC i NW, aktualne dopuszczające do obrotu badania techniczne i są utrzymane w należytym porządku.

***Jednocześnie stwierdzam, iż świadom(a) jestem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.***

…................................... dnia ................................

 *Miejscowość*

 .........................................................................

 *Podpis osoby (osób) upoważnionej/ych do skłania
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawców*