## *Załącznik nr 1 do SWZ*

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

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

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

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

|  |
| --- |
| WYKAZ POJAZDÓW DOSTĘPNYCH WYKONAWCY USŁUG W CELU REALIZACJI ZAMÓWIENIAwraz z informacją o podstawie dysponowania tymi zasobami |

Oświadczam, że usługę będę realizował następującymi pojazdami:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer trasy** | **Rodzaj pojazdu** | **Nazwa pojazdu****(marka, typ)** | **Nr rejestracyjny lub VIN** | **Rok** **produkcji** | **Cechy techniczne:** | **Informacja o podstawie do dysponowania. W przypadku dysponowania pojazdem konieczne jest wskazanie podstawy do dysponowania.** |
| 1 |  |  |  |  | - liczba miejsc siedzących: ………………… | dysponujemy\*podstawa: …………....…………….będziemy dysponować\* |
| 2 |  |  |  |  | liczba miejsc siedzących: ………………….- przestrzeń ładunkowa na min. 1 wózek inwalidzki: TAK / NIE\*- winda: TAK / NIE\* | dysponujemy\*podstawa: …………....…………….będziemy dysponować\* |
| 3 |  |  |  |  | - liczba miejsc siedzących: …………………. | dysponujemy\*podstawa: …………....…………….będziemy dysponować\*) |
| 4 |  |  |  |  | liczba miejsc siedzących: …………………. | dysponujemy\*podstawa: …………....…………….będziemy dysponować\* |
| 5 |  |  |  |  | liczba miejsc siedzących: ………………….- przestrzeń ładunkowa na min. 1 wózek inwalidzki: TAK / NIE\*- winda: TAK / NIE\* | dysponujemy\*podstawa: …………....…………….będziemy dysponować\* |

***UWAGA!!! Niniejszy formularz winien być sporządzony w postaci elektronicznej i opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby upoważnionej, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość, data: |  |
| Imię i nazwisko osoby/osób upoważnionej/nych do reprezentowania wykonawcy/ców: |  |

\*) niepotrzebna skreślić