ZP 03/24 Załącznik nr 6 do SWZ

**WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU**

Przystępując do postępowania pn. **Usługa dostarczania posiłków dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Długoterminowej w Augustowie**, oświadczam,iż do realizacji powyższej usługi wykorzystywane będą środki transportu spełniające wymagania sanitarno - epidemiologiczne:

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Marka pojazdu i nr rejestracyjny oraz podstawa dysponowania |
|  |  |
|  |  |

***Uwaga:***

* do wykazu należy załączyć dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań sanitarno-epidemiologicznych dla środka transportu,
* poszczególne rubryki przy wpisywaniu odpowiedzi można powiększać/zmniejszać   
  w zależności do potrzeb.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Data* |  | *pieczęć i podpis Wykonawcy* |