**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam że do realizacji zamówienia zostaną wykorzystane niżej wymienione pojazdy(**wymienić** nie **mniej niż trzy pojazdy**) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Marka pojazdu i typ | Rok produkcji | ABS lub nie |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

Do załącznika Wykonawca załącza kserokopię dowodów rejestracyjnych pojazdów wymienionych w załączniku z którego będzie wynikać, że pojazdy spełniają wymagania zawarte w SWZ.

Dodatkowy pojazdy oddalony od szpitala w Makowie Mazowieckim – dojazd w sytuacji awarii samochodu podstawowego max 0,5 godziny

…………..………………………

*elektroniczny podpis osoby/ osób*

*uprawnionych do wystąpienia w imieniu Wykonawcy*