**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Oświadczenie wykonawcy**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ,,Usługę całodobowego transportu sanitarnego dla Regionalnego Centrum Medycznego w  Białogardzie Sp. z o.o.**’’**

1. Oświadczam, że niżej wymienione pojazdy spełniają normy karetek typu A i B, posiadają aktualne ubezpieczenie OC oraz aktualne badanie techniczne.
2. Oświadczam, że pojazdy skierowane do realizacji zadania posiadają uprzywilejowanie do poruszania się w ruchu drogowym.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Marka, nr rejestracyjny pojazdu | Typ ambulansu  A/B | Data ważności przeglądu technicznego | Data ważności OC | Wyposażenie zgodne z opisem przedmiotu zamówienia  (Dział V SWZ)  TAK/NIE |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

…………………………………

podpis