Nr sprawy: MOPS.ZP.2611.38.2025 **Załącznik nr 3 do SWZ**

**Zamawiający:**

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Grudziądzka 6

82-500 Kwidzyn  
**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

reprezentowany przez:

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych, również wykonywanych usług dowozu osób niepełnosprawnych**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na: **„Świadczenie usługi dowozu osób   
z niepełnosprawnościami z terenu Miasta Kwidzyna do Placówek Oświatowych wraz   
z zapewnieniem opieki podczas dowozu w okresie styczeń – czerwiec 2026 r.”**

**Dane pojazdów, którym Wykonawca będzie wykonywać zamówienie**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Numer rejestracyjny*** | ***Dane o pojeździe*** | | | ***Norma  EURO*** |
| ***rok produkcji*** | ***Ilość miejsc siedzących*** | ***data następnego badania technicznego*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Dodatkowe informacje Wykonawcy, które chciałby przekazać Zamawiającemu o pojazdach:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Niniejszy dokument należy opatrzyć podpisem zaufanym, osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**