271.4.2025

Załącznik nr 7 do SWZ

|  |
| --- |
| **Wykaz środków transportu** |

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Dom Pomocy Społecznej w Pabianicach**

**ul. Wiejska 55/61**

**95-200 Pabianice**

**WYKONAWCA:**

Nazwa Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Siedziba Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres poczty elektronicznej: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wykaz narzędzi, wyposażenia zakładu lub urządzeń technicznych dostępnych Wykonawcy**

Oświadczam, iż w celu realizacji zamówienia publicznego zamierzam/y użyć nw. sprzętu, którego jesteśmy właścicielami lub nim dysponujemy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa sprzętu i typ (model) | Ilość | Forma posiadania (dysponowania) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Oświadczam/y, że środki transportowe wskazane w wykazie spełniają wymogi obowiązujących przepisów sanitarnych, zgodnie z Działem VI lit. d) SWZ.

Oświadczam/y, że zapewnię/my odpowiedni zespół będący w stanie wykonać przedmiotowe zamówienie w wyznaczonym terminie.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość, data

podpis kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy