Załącznik nr 4 do SWZ

|  |
| --- |
| Pełna nazwa (firma) Wykonawcy / Wykonawców występujących wspólnie: |
| Dokładny adres Wykonawcy / Wykonawców występujących wspólnie: |
| NIP / PESEL , REGON , KRS Wykonawcy / Wykonawców występujących wspólnie: |

**WYKAZ NARZĘDZI,   
WYPOSAŻENIA ZAKŁADU I URZĄDZEŃ TECHNICZNYCH**

Nazwa postępowania: Świadczenie usług przewozu i przechowywania zwłok i szczątków ludzkich na obszarze działania Prokuratury Rejonowej w Sochaczewie i poza jej obszarem, numer postępowania: 3029-7.261.7.2025.

Wykonawca musi wykazać, że dysponuje co najmniej dwoma środkami transportu drogowego przeznaczonymi do transportu zwłok i szczątków ludzkich spełniających wymagania techniczne i sanitarne zgodnie z § 4 Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 roku w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich (Dz. U. z 2007 r. Nr 249, poz. 1866).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa pojazdu (marka, model)** | **Numer rejestracyjny pojazdu** | **Czy pojazd spełnia wymagania zgodnie z § 4 ww. Rozporządzenia Ministra Zdrowia?  Wpisać TAK lub NIE** | **Podstawa dysponowania pojazdem (własność, leasing, dzierżawa)** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

***WAŻNE:***

\* Do wykazu należy dołączyć kserokopie dowodów rejestracyjnych środków transportu drogowego będących w dysponowaniu przez Wykonawcę przeznaczonych do transportu zwłok i szczątków ludzkich.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | , dnia |  |  |  |
| (miejscowość) |  | (data) |  | podpis osoby / osób uprawnionej/-ch  do występowania w imieniu Wykonawcy |

**Wykonawca (osoba/osoby uprawnione do występowania w jego imieniu)   
Wykonawca występujący wspólnie (osoby uprawnione do występowania w jego imieniu) – każdy z osobna**

**podpisuje wykaz:**

**kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub   
podpisem zaufanym lub   
podpisem osobistym**