**Załącznik nr 9 do SWZ**

**Pakiet** Wybierz element. **Wykaz środków transportu**

| **Lp.** | **Model, typ pojazdu i nr rejestracyjny** | **Data pierwszej rejestracji\*** | **Spełniający warunki określone w SWZ tj. w szczególności:**  **- wszelkie wymagania techniczne i bezpieczeństwa zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,**  **- dopuszczony do ruchu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa**  **- w pełni sprawny** | **Podstawa**  **dysponowania\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  | **Tak/nie\*\*\*** |  |
| **2.** |  |  | **Tak/nie\*\*\*** |  |
| **3.** |  |  | **Tak/nie\*\*\*** |  |
| **4.** |  |  | **Tak/nie\*\*\*** |  |

**Oświadczam, że wszystkie wymienione powyżej pojazdy posiadają aktualne badania techniczne.**

\* Wykonawcy, którzy w ramach Kryterium 1 zobowiązali się do zapewnienia realizacji usługi wyłącznie taborem nie starszym niż 9 lat, w niniejszym Wykazie środków transportu **muszą wskazać pojazdy nie starsze niż 9 lat.**

\*\* Np. własność, udostępnienie przez inny podmiot.

\*\*\* Zbędne skreślić.

Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. ,dnia Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. r.  
(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(podpis Wykonawcy)

**Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**