

.....  
pieczęć Wykonawcy

### WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU WYKONAWCY USŁUG

W celu wykazania spełnienia warunku dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym, tj. dysponowania:

1. minimum 1 specjalistycznym pojazdem przystosowanym do transportu odpadów medycznych, o ładowności umożliwiającej odbiór odpadów od Zamawiającego w ilościach i terminach wskazanych w SIWZ, przedstawiamy wykaz środków transportu do realizacji przedmiotowego zamówienia:

| Lp  | Wykaz środków transportu<br>(marka i model) | Przeznaczenie | Informacja o podstawie do<br>dysponowania tymi zasobami |
|-----|---|---------------|---|
| 1.  |   |               |   |
| 2.  |   |               |   |
| 3.  |   |               |   |
| 4.  |   |               |   |
| 5.  |   |               |   |
| 6.  |   |               |   |
| 7.  |   |               |   |
| 8.  |   |               |   |
| 9.  |   |               |   |
| 10. |   |               |   |

W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie należy wskazać ilość pojazdów Wykonawcy odpowiedzialnego za transport odpadów objętych przedmiotem zamówienia.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)