Załącznik nr 5

*SPZOZ.DŚM-ZP.240.02.2021*

**WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy : ……………………………………………………………………………

Wykaz posiadanych samochodów do transportu żywności służących do realizacji zamówienia na świadczenie usług przygotowania i dostawy posiłków dla pacjentów hospitalizowanych w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Kole

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa, marka i rok produkcji | Numer rejestracyjny | Dokument potwierdzający spełnienie wymogów sanitarno-higienicznych | Informacja o podstawie do dysponowania środkiem transportu |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

………………………………….. ……………………………………………………

Miejscowość i data Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy