1. *Dodatek nr 8 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Szpital im. prof. Z. Religi**

**w Słubicach Sp. z o.o.**

1. **Wykonawca:**
2. ………………………………………
3. *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*
4. reprezentowany przez: ………………………………………………….
5. *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*
6. Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na „Świadczenie usług żywienia pacjentów NZOZ Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach Sp. z o.o. przez okres 12 miesięcy”, nr sprawy: ZP/TP/02/2021

**WYKAZ NARZĘDZI, WYPOSAŻENIA ZAKŁADU I URZĄDZEŃ TECHNICZNYCH DOSTĘPNYCH WYKONAWCY USŁUG**

Oświadczam/y, że dysponuję/dysponujemy potencjałem technicznym do wykonania przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wykaz narzędzi** | **Informacja o podstawie dysponowania narzędziami** |
| **1.** | **Adres kuchni: ........................................**  Kuchnia zatwierdzona decyzją Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w sprawie zatwierdzenia zakładu prowadzącego działalność związaną z produkcją i obrotem żywnością w zakresie przygotowania posiłków od surowca do gotowej potrawy oraz świadczenia usług dla odbiorców zewnętrznych na czas realizacji przedmiotowego zamówienia. |  |
| **2.** | **Środek transportu służący do przewozu żywności:** Marka:..............................................  Nr rejestracyjny: ............................. |  |

Załączniki do wykazu:

1. Decyzja Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w sprawie zatwierdzenia zakładu (kuchni) prowadzącego działalność związaną z produkcją i obrotem żywnością w zakresie przygotowania posiłków od surowca do gotowej potrawy oraz świadczenia usług dla odbiorców zewnętrznych na czas realizacji przedmiotowego zamówienia
2. Decyzja dopuszczająca środki transportu do przewozu żywności.