

WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU

Nazwa Wykonawcy:

.....

.....

(pełna nazwa/firma, adres)

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na **Usługi odbioru i dalszego postępowania z odpadami medycznymi o kodzie 18 01 04 wraz z dostawą pojemników na odpady medyczne**

W celu potwierdzenia spełniania warunku określonego w:
Rozdziale VI pkt 3.4 ppkt 2)

oświadczam, że usługę będę realizował z wykorzystaniem, co najmniej dwóch środków transportu przystosowanych do przewozu odpadów medycznych innych niż niebezpieczne spełniających wymagania zgodne z rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 7 października w sprawie szczegółowych wymagań dla transportu odpadów (Dz. U. 2016 poz. 1742)

Opis zasobu	Informacja o podstawie do dysponowania zasobem
Samochód Marka: Model:	Zasób własny / zasób innego podmiotu*
Samochód Marka: Model:	Zasób własny / zasób innego podmiotu*

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

* niepotrzebne skreślić