**Załącznik nr 8**

**do SIWZ**

………………………………………….

(nazwa i adres Wykonawcy)

**PAŁUCKIE CENTRUM ZDROWIA**

**Sp. z o. o.**

**ul. Szpitalna 30**

**88-400 Żnin**

**Wykaz środków transportu**

W celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego Nr PCZ/II-ZP/09/2020, pn.:***przetarg nieograniczony na usługę prania bielizny szpitalnej i odzieży ochronnej wraz z dzierżawą bielizny szpitalnej i odzieży ochronnej oraz kompleksowym serwisem*** prowadzonego przez Pałuckie Centrum Zdrowia Sp. z o. o., przedstawiam wykaz środków transportu dostępnych mi w celu wykonania zamówienia publicznego:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj środka transportu**  (oddzielny środek do transportu brudnej i czystej bielizny lub środek transportu posiadający szczelnie podzieloną komorę załadunkową na strefę czystą i brudną) | **Marka, model** | **Nr rejestracyjny pojazdu** | **Podstawa dysponowania zasobami** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pieczęć imienna i podpis osób/osoby

uprawnionej do reprezentowania wykonawcy