*Załącznik nr 5 do SWZ*

**WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU**

**DOSTĘPNYCH WYKONAWCY USŁUG W CELU REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

**WRAZ Z INFORMACJĄ O PODSTAWIE DYSPONOWANIA TYMI ZASOBAMI**

**(składane na wezwanie)**

Przystępując do udziału w postępowaniu **20/TP/2023** o udzielenie zamówienia publicznego na **„Odbiór i utylizacja odpadów medycznych dla Szpitala Powiatowego w Kętrzynie”** przedstawiamy następujący wykaz środków transportu dostępnych wykonawcy usług, które będą użyte do realizacji zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Środek transportu** | **Liczba sztuk** | **Ładowność** | **Podstawa dysponowania** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom

odpowiedzialności karnej z art.297kk oraz 305 kk.