**Sprawa nr 31/ZP/2021 *Załącznik nr 8***

**Zamawiający:**

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi ul. Kopcińskiego 22, 90-153 Łódź

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

……………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Wykaz sprzętu przy pomocy którego będą świadczone przedmiotowe usługi utylizacji odpadów w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku, iż wykonawca posiada zdolności techniczne i zawodowe**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Nazwa sprzętu /urządzenia/** **marka, typ, rok produkcji, wyposażenie samochodu** | **Numer rejestracyjny** | **Przeznaczenie** | **Ładowność** | **Data ważności badania technicznego** | **Forma dysponowania pojazdem (własność/leasing/użyczenie/inne)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |

**UWAGA :**

1. Zamawiający uzna, iż Wykonawca posiada zdolności techniczne i zawodowe niezbędne do wykonania niniejszego zamówienia, jeżeli wykaże (minimalna wymagana ilość i rodzaj sprzętu): **4 urządzenia/pojazdy do wykonania przedmiotowej usługi utylizacji odpadów**

.........................................................................

Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby

uprawnionej do reprezentowania wykonawcy