Załącznik nr 5 do SWZ

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

 pieczątka firmy

Nazwa wykonawcy .........................................................................................

Adres wykonawcy ............................................................................................

Oświadczam, że firma, którą reprezentuję dysponuje następującymi, w pełni sprawnymi środkami transportu (posiadającymi ubezpieczenie OC) przystosowanymi do przewozu osób niepełnosprawnych, w tym, przewozu osób na wózku inwalidzkim:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Ilość sztuk** | **Ilość miejsc siedzących** | **Rok produkcji** | **Własny/dzierżawiony** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

.........................................., dnia ..................................

 /miejscowość/ /data/

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

podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy, pieczątka