***Załącznik nr 9 do SWZ*
WYKAZ NARZĘDZI WYPOSAŻENIA ZAKŁADU LUB URZĄDZEŃ TECHNICZNYCH DOSTĘPNYCH WYKONAWCY W CELU WYKONANIA ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO WRAZ
Z INFORMACJĄ O PODSTAWIE DYSPONOWANIA TYMI ZASOBAMI**

**Nr wew. postępowania 19 /23**

Ja, niżej podpisany ......................................................................................................................................................

działając w imieniu i na rzecz ....................................................................................................................................

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

oświadczam, iż warsztat naprawczy:

………………………………………………………………………………………………………………………

(lokalizacja – adres)

spełnia poniższe warunki:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie** | **Spełnia/nie spełnia\*** | **Podstawa dysponowania** |
| 1 | min. 1 stanowisko do napraw lakierniczych | Spełnia/nie spełnia |  |
| 2 | min. 1 stanowisko do napraw blacharskich | Spełnia/nie spełnia |  |
| 3 | min. 1 stanowisko do napraw mechanicznych pojazdów | Spełnia/nie spełnia |  |
| 4 | min. 1 stanowisko diagnostyczne wyposażone w urządzenie do ustawiania zbieżności kół oraz urządzenie do kontroli ustawiania świateł | Spełnia/nie spełnia |  |
| 5 | rama naprawcza do naciągania nadwozi pojazdów | Spełnia/nie spełnia |  |
| 6 | urządzenie do wyciągania profili zewnętrznych oraz wgnieceń (bez konieczności lakierowania naprawianych elementów) | Spełnia/nie spełnia |  |
| 7 | Wykonawca musi dysponować holownikiem działającym 24 godziny na dobę i 7 dni w tygodniu, gotowym świadczyć Zamawiającemu usługi holowania pojazdów do i po naprawie | Spełnia/nie spełnia |  |
| 8 | utwardzony plac parkingowy odpowiednio zabezpieczony przed dostępem osób trzecich oraz zadaszone pomieszczenie do przechowywania samochodów po i do naprawy | Spełnia/nie spełnia |  |
| 9 | program do kosztorysowania napraw pojazdów ……………………………………………(nazwa programu) | Spełnia/nie spełnia |  |

\*niepotrzebne skreślić

**Informacja dla Wykonawcy**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**  **Dokument należy wypełnić
i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**