**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Zamawiający:**

Regionalne Centrum Medyczne   
w Białogardzie Sp. z o.o.

ul. Chopina 29  
78-200 Białogardzie

**Wykonawca:**

**…………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………….**

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

reprezentowany przez:

………………………………………..

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ,,Usługę całodobowego transportu sanitarnego dla Regionalnego Centrum Medycznego w Białogardzie Sp. z o.o.**’’**

1. Oświadczam, że niżej wymienione pojazdy spełniają normy karetek typu A i B, posiadają aktualne ubezpieczenie OC oraz aktualne badanie techniczne.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Marka, nr rejestracyjny pojazdu | Typ ambulansu  A/B | Data ważności przeglądu tech. | Data ważności OC | Wyposażenie zgodne z opisem przedmiotu zamówienia  (rozdział V pkt. 5 i 6 SWZ)  TAK/NIE | Forma użytkowania pojazdu  Właściciel/najemca/leasingobiorca/bezpłatne użytkowanie |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |

1. Oświadczam, że pojazdy skierowane do realizacji zadania posiadają uprzywilejowanie do poruszania się w ruchu drogowym.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r. …………………………………………..

(podpis)