**Załącznik nr 11 do SIWZ**

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

Pieczęć Wykonawcy

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Warsztat Terapii Zajęciowej**

**przy Domu Pomocy Społecznej w Mnichowie**

**Mnichów 135**

**28-300 Jędrzejów**

**WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU**

Wykaz środków transportu drogowego do przewozu osób niepełnosprawnych, zgodnie z Rozdziałem VII pkt. 4 ppkt. 2) SIWZ w postępowaniu na: **"Świadczenie usług transportowych w zakresie przewozu osób (uczestników i pracowników Warsztatu) na zajęcia Warsztatu Terapii Zajęciowej przy Domu Pomocy Społecznej w Mnichowie oraz innych wyjazdów organizowanych zgodnie z planem działalności Zamawiającego w okresie od 02 stycznia 2019 roku do dnia 31 grudnia 2019 roku",** dostępnych Wykonawcy w celu wykonania zamówienia wraz z informacją o podstawie do dysponowania tymi środkami transportu:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Marka i model** | **Numer podwozia  i nr rejestracyjny** | **Pojazd osób**  **co najmniej 23 osób**  **(tak/nie)** | **Rok produkcji** | **Dysponowanie** | |
| **Własne** | **Udostępnione** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Uwaga:

Wykonawca przedstawi Zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia. Należy wypełnić Załącznik nr 6 do SIWZ.

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam/y, że pojazdy wymienione w Wykazie posiadają ważne dowody rejestracyjne oraz polisy ubezpieczenia OC i NNW.

…………………………..., data………………….. ……………………..……………………………

*miejscowość pieczęć podpis (-y) osoby (osób) uprawnionej (-ych)*

*do reprezentowania Wykonawcy*