

.....
/nazwa wykonawcy(ów)/

.....
/dokładny adres/

.....
/adres do korespondencji – jeżeli inny niż powyżej/

Telefon:

Fax:

E – mail :

REGON:

NIP:

ZAMAWIAJĄCY
Gmina Herby
ul. Lubliniecka 33
42-284 Herby

WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU

niezbędnych do realizacji zamówienia pn.:

**„Dowóz uczniów niepełnosprawnych do szkół wraz zapewnieniem opieki
podczas przejazdu w roku szkolnym 2018/2019”**

Lp.	Rodzaj pojazdu	Liczba środków transportu	Rok produkcji	Liczba miejsc siedzących	Podstawa do dysponowania (np. własny, pożyczony na zasadzie zobowiązania, podwykonawstwa)

Uwaga: Wykonawca powinien dysponować pojazdem przeznaczonym do przewozu osób niepełnosprawnych w wózkach inwalidzkich.

.....
miejscowość, data

.....
Podpis upoważnionych
przedstawicieli Wykonawcy