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

/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 do szkół na terenie Gminy Herby 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) |
|  |  |  |  |  |  |

………………………….. ……………………………

miejscowość, data Podpis upełnomocnionych

 przedstawicieli Wykonawcy