Załącznik nr 2

Wykaz sprzętu, narzędzi i urządzeń niezbędnych do przechowywania i przewozu zwłok   
jakimi dysponuje lub będzie dysponował Wykonawca   
w okresie realizacji zamówienia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie | Ilość | Rok produkcji | Forma własności (posiadany, dzierżawiony, leasing itp.) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Oświadczam, że wskazane powyżej środki transportu drogowego / urządzenia są przeznaczone do przechowywania zwłok albo szczątków ludzkich. Wymienione pojazdy posiadają i będą posiadać w okresie realizacji zamówienia aktualne badania techniczne oraz ubezpieczenia.

Oświadczam, że ww. pojazdy **są / nie są\*** przystosowane do przewozu co najmniej 2 osób zmarłych w tym samym czasie.

Oświadczam, iż miejsce przechowywania zwłok znajduje się w miejscowości:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podać dokładny adres)

UWAGA Do wykazu należy dołączyć aktualne opinie, postanowienia, protokoły kontroli bądź inne dokumenty z właściwej Stacji Inspekcji Sanitarnej dot. pojazdów i miejsca przechowywania zwłok

Miejsce i data: ....................................................... ……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela)

\*niepotrzebne skreślić