

**WYKAZ NARZĘDZI,  
WYPOSAŻENIA ZAKŁADU LUB URZĄDZEŃ TECHNICZNYCH  
DOSTĘPNYCH WYKONAWCY**

Nazwa zadania „Przewóz zwłok lub szczątków ludzkich z miejsc niepublicznych oraz ich przechowywania w chłodni, a także udostępnianie sali sekcyjnej na potrzeby prokuratur okręgu elbląskiego”

1. Na potwierdzenie posiadania niezbędnej zdolności technicznej lub zawodowej Wykonawca musi wykazać, że dysponuje co najmniej jednym środkiem transportu drogowego przeznaczonymi do transportu zwłok i szczątków ludzkich spełniających wymagania techniczne i sanitarne zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 roku w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich (Dz. U. z 2007 r. Nr 249, poz. 1866).

| Lp. | Wyszczególnienie | Sposób dysponowania |
|-----|------------------|---------------------|
|     |                  |                     |
|     |                  |                     |
|     |                  |                     |

**UWAGA:**

W kolumnie „Wyszczególnienie” należy wpisać, nr dowodu rejestracyjnego markę, model, typ, rok produkcji.

**Do wykazu należy dołączyć kserokopie dowodów rejestracyjnych środków transportu drogowego będących w dysponowaniu przez Wykonawcę przeznaczonych do transportu zwłok i szczątków ludzkich, z którego wynika, że samochód ma ważne badania techniczne oraz przystosowany do przewozu zwłok, a jeżeli na dowodzie rejestracyjnym nie ma takiej adnotacji należy dołączyć atest potwierdzający przeznaczenie samochodu do przewozu zwłok.**

2. Na potwierdzenie posiadanie pomieszczenia do przechowywanie zwłok lub wykonania sekcji zwłok.

| Lp. | Wyszczególnienie | Sposób dysponowania |
|-----|------------------|---------------------|
|     |                  |                     |
|     |                  |                     |
|     |                  |                     |

W kolumnie „Wyszczególnienie” należy wpisać, adres pod jakim będą przechowywane zwłoki.

**Do wykazu należy dołączyć kserokopie dokumentów pozytywnego odbioru lub kontroli pomieszczenia do przechowywanie zwłok lub wykonania sekcji wykonaną przez Stację Sanitarno-Epidemiologiczną.**

....., dnia .....

*Kwalifikowane podpisy elektroniczne lub podpisy zaufane  
lub podpisy osobiste upoważnionych przedstawicieli  
Wykonawcy / podmiotu udostępniającego zasoby*