Załącznik nr 2

3004-7.262.18.2023

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie  \*w przypadku pojazdów należy podać: **markę, pojemność silnika, nr rejestracyjny, rodzaj paliwa** | 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 oraz udostępnienia do oględzin znajduje się w miejscowości:

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

(podać dokładny adres)

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

(podpis upoważnionego przedstawiciela)

UWAGA Do wykazu należy dołączyć aktualne opinie/protokoły kontroli z właściwej Stacji Inspekcji Sanitarnej – dotyczy pojazdów i pomieszczenia (budynku) do przechowywania zwłok – NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO

\*niepotrzebne skreślić