**NR sprawy COM.2610.1.4.2021 Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego**

**WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU**

**Wykonawca:**

………………………

*imię i nazwisko/ pełna nazwa firmy*

*……………………………………..*

*adres*

**Zamawiający:**

Powiat Łęczyński - Centrum
 Opiekuńczo – Mieszkalne w
Jaszczowie

## Wykonawca dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym.

## *Zamawiający uzna, że Wykonawca spełnia warunek, jeśli wykaże, że posiada lub będzie posiadał odpowiednie środki transportu spełniające wymagania techniczne określone w przepisach ustawy - Prawo o ruchu drogowym z dnia 20 czerwca 1997 r. (Dz.U. z 2020, poz. 110 z poźn. zm) i innych przepisach związanych z przewozem osób, w tym ustawy z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym (Dz.U. z 2019, poz. 2140 z poźn. zm..), oraz dodatkowo dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim Wykonawca zapewni pojazd wyposażony w obniżane nadwozie lub najazd pochyły lub podnośnik/platformę hydrauliczną umożliwiającą bezpieczne wprowadzanie pasażerów do wnętrza pojazdu. Wózek inwalidzki, z którego osoba niepełnosprawna korzystać będzie w trakcie przewozu, musi być stabilnie zamocowany do konstrukcji pojazdu (unieruchomiony), aby nie było możliwości jego przesuwania się w trakcie podróży.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | RODZAJ ŚRODKA TRANSPORTU  | NAZWA (MARKA I MODEL) | PRZYSTOSOWANY DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (TAK/NIE) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 *………................. ……………….……………………….*

 *(Miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń*

 *woli w imieniu Wykonawcy)*