**Załącznik nr 6 do SIWZ**

*.............................*

*miejscowość, data*

*..............................................*

*/nazwa i adres Wykonawcy/*

*/telefon, fax/*

*/regon, NIP/*

# Miasto

# Szczecinek

**Pl. Wolności 13**

**78-400 Szczecinek**

**dotyczy: „Odbiór i transport odpadów komunalnych od właścicieli nieruchomości zamieszkałych i mieszanych na terenie miasta Szczecinek w terminie 02.01.2019 r. – 31.12.2019 r.”**

WYKAZ URZĄDZEŃ TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Wyszczególnienie **(w tym informacja o spełnianiu wymagań  - co najmniej norma Euro 4**  **- co najmniej norma Euro 5)** | **Ilość** | Podstawa dysponowania |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*............................................................*

*Imię i nazwisko oraz podpis osoby*

*upoważnionej do składania oświadczeń*

*w imieniu Wykonawcy*