# **Załącznik nr 9 do SIWZ**

## 

# **Oświadczenie**

Wykaz pojazdów służących do transportu odpadów medycznych

Transport realizowany będzie przy użyciu następujących pojazdów:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj środka transportu (marka i model)** | **Numer rejestracyjny** | **Pojazdy spełniające warunki opisane w SWZ z emisjią spalin określoną dla normy EURO 5 lub wyższej**  **(podać normę)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| … |  |  |  |