***Załącznik nr 5 do SWZ***

….............................................
*(pieczęć firmowa Wykonawcy)*

**WYKAZ NARZĘDZI**

 **Zakład Opiekuńczo- Leczniczy przy ul. Szubińskiej 4**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba porządkowa** | **Nazwa****sprzętu / narzędzia / urządzenia** | **Minimalna ilość wymagana** | **Ilość zaoferowana** | **Informacja o podstawie do dysponowania tym sprzętem / narzędziem / urządzeniem** |
| 1. | Wózek serwisowy do sprzątania | 2 |  |  |
| 2. | Maszyna czyszcząca | 1 |  |  |
| 3. | Wózek do transportu odpadów komunalnych – zamykany | 1 |  |  |
| 4. | Odkurzacz bezpyłowy | 1 |  |  |
| 5. | Parownicę | 1 |  |  |
| 6. | Maszyna polerująca wysokoobrotowa | 1 |  |  |
| 7. | Drabina 6 stopniowa + drążek teleskopowy | 2 |  |  |
| 8. | Ściereczki  | **Ilość ściereczek dostosowana do liczby pomieszczeń i rodzaju sprzątanej powierzchni** |  |  |
| 9. | Mopy: 1. trzonki zapewniające bezkontaktową pracę personelu, eliminujące ręczne zdejmowanie brudnych mopów
2. końcówki myjące do mopów wyłącznie bawełniane
 | **20****Ilość nakładek dostosowana do liczby pomieszczeń i rodzaju sprzątanej powierzchni** |  |  |

…........................................, dnia …......................
 (miejscowość)

……………..............................................................*(podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu udostępniającego zasób*