**Załącznik nr 4 do SIWZ**

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

 *(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)*

**WYKAZ POJAZDÓW PRZEZNACZONYCH DO REALIZACJI USŁUGI
OBJĘTEJ PRZEDMIOTEM ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | Pojazd | Numer rejestracyjny | Wiek pojazdu (liczony od daty pierwszej rejestracji) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |

……………………………………….

 *(data i podpis)*

 **Załącznik nr 3 do SIWZ**

**Dane oferenta**

........................................................................................................

........................................................................................................

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**WYKAZ USŁUG**

W celu potwierdzenia spełnienia warunku udziału w postępowaniu, którego przedmiotem zamówienia jest **świadczenie usług transportu medycznego i sanitarnego**, przedkładamy niniejszy „*Wykaz usług*”

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **NAZWA PODMIOTU NA RZECZ KTÓREGO US ŁUGA ZOSTAŁA WYKONANA** | **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**(określić rodzaj zamówienia w taki sposób aby Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić czy warunek zdolności technicznej lub zawodowej został spełniony) | **TERMIN REALIZACJI** | **WARTOŚĆ****BRUTTO** |
| **ROZPOCZĘCIE** | **ZAKOŃCZENIE** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

**Do wykazu należy dołączyć dowód określający , że wymieniona dostawa została wykonana lub jest wykonywana należycie**

*…………………………………………*

 *(data i podpis)*