**Wykonawca:**

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

........................................................................................................  
 (pełna nazwa/firma, adres)

**WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU SANITARNEGO DOSTĘPNYCH WYKONAWCY W CELU WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | Pojazd: marka, model,  rok produkcji | Numer rejestracyjny  pojazdu | Usługa w standardzie „T”/”P”  (właściwe wpisać) | Typ środka transportu sanitarnego A/B/C\*  (wpisać typ) | Podstawa dysponowania:  własny\*\*/ udostępniony przez inny podmiot\*\*/inna podstawa\* \*(podać) |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| ….. |  |  |  |  |  |

*\*) zgodnie z aktualną normą PN-EN 1789*

*\*\*) niewłaściwe skreślić.*

*Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy , zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy.*