……………………………*................ dn. ....................*

*(Wykonawca)*

***Dotyczy pakiet nr …..\****

***Wykaz środków transportu które posiada lub którymi dysponuje wykonawca***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Pojazd*** | ***Rok produkcji samochodu*** | ***Numer rejestracyjny*** | ***Podstawa dysponowania*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*\*w przypadku składania oferty należy wypełnić dla każdego pakietu osobno*

*Oświadczam,* w przypadku wyboru mojej oferty w/w samochody lub samochody równoważne pod względem roku produkcji, ilości miejsc, stanu technicznego będą wykorzystywane przy realizowaniu niniejszego zamówienia.

*...............................................................                         ................ dn. ....................*

*(Wykonawca)*

**WYKAZ USŁUG**

**Usługa transportu sanitarnego dla Szpitala Powiatowego w Chrzanowie – sprawa 79/2024**

wykaz wykonanych lub wykonywanych głównych  usług w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie: z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców oraz załączyć dokument potwierdzający, że te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa Odbiorcy | Wartość  brutto (PLN) | Zakres przedmiotowy | Daty  Rozpoczęcia/zakończenia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Do wykazu należy dołączyć dokumenty** potwierdzające, że usługi te zostały wykonane należycie.