|  |  |
| --- | --- |
| 7. | Wykaz środków transportu – Transport pacjentów |

**WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU PACJENTÓW**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………………

 *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Warunek zostanie spełniony jeżeli Wykonawca wykaże że posiada wystarczającą ilość pojazdów na realizację przedmiotu zamówienia w postaci minimum 2 pojazdów typu „T”. Za dodatkowe pojazdy Wykonawca otrzyma odpowiednią ilość punktów w kryterium „ilość środków transportu”

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oświadczamy, że do realizacji umowy przeznaczymy niżej wymienione pojazdy:

| **L.p.** | **Marka/Model** | **Rok produkcji** | **Nr rejestracyjny** | **Informacja o ilości osób do przewozu jakiej jest przystosowany pojazd** | **Rodzaj pojazdu****(standardowy/sanitarny)** | **Informacja o podstawie dysponowania pojazdami- należy wpisać – dysponuje**  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |

Oświadczany, iż każdy pojazd w w/w wykazie posiada dokumenty potwierdzające ubezpieczenie OC i NW w zakresie przewożonych osób, oświadczenie właściciela środka transportu, potwierdzające prawo do jego użytkowania w przypadku, gdy wykonawca nie jest jego właścicielem.

…………………..…dn………………… ...............................................................................

 *podpis i pieczęć uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy*