**Usługa transportu sanitarnego, nr sprawy 14/2022**

**Wykaz pojazdów / karetek**

**Nazwa Wykonawcy**: ..............................................................................................................................................

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

**Adres:** ....................................................................................................................................................................

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj pojazdu\*** | **Liczba pojazdów** | **Marka pojazdów** | **Numer rejestracyjny pojazdu\*\*** | **Podstawa dysponowania** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

\*np. karetka (jaki typ) pojazd specjalistyczny typu „bus”

\*\* do oferty należy dołączyć kserokopie dowodów rejestracyjnych potwierdzonych „za zgodność z oryginałem”

W zakresie dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym:

Wykonawca dysponuje co najmniej **dwoma pojazdami** przeznaczonymi do transportu sanitarnego pacjentów
z zespołem lekarskim tj. karetki typu „S” spełniające cechy techniczne i jakościowe określone w polskich normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane odpowiadające środkom transportu typu C – ambulans drogowy skonstruowany zgodnie z normą PN-EN 1789:2008 i wyposażony zgodnie z Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 179/2020-DSM z dnia 12.11.2020 r. do transportu, leczenia
i monitorowania pacjentów.

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

 miejscowość, data podpis osób uprawnionych do reprezentowania

 Wykonawcy