|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 6 do SWZ** |
|  |
| dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę świadczenie usług transportu osób dializowanych, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.6.2022 |
|  |
|  |
| **WYKAZ OSÓB** |

Oświadczam, że dysponuję do realizacji zamówienia publicznego osobami, zgodnie
z tabelą poniżej:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Posiadane uprawnienia** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą** |
|  |  |  |  |  |
|  | (…) | (…) | (…) | (…) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 7 do SWZ** |
|  |
| dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę świadczenie usług transportu osób dializowanych, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.6.2022 |
|  |
|  |
| **WYKAZ USŁUG** |

` Oświadczam, że należycie wykonałem, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych wykonuję, w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia mojej działalności jest krótszy w tym okresie minimum jedną usługę transportu osób dializowanych (lub usługę o podobnym charakterze) o wartości minimum 200 000,00 PLN (słownie: dwieście tysięcy złotych, 00/100), zgodnie z tabelą poniżej:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot usług** | **Wartość usług (umowy) brutto****w PLN** | **Data wykonania** | **Podmiot na rzecz którego usługa była/jest wykonywana****(nazwa, adres)** |
| początek (data) | zakończenie (data) |
| 1. |  |  |  |  |  |

Wraz z przedmiotowym oświadczeniem, przekazuję dowody określające, czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 8 do SWZ** |
|  |
| dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę świadczenie usług transportu osób dializowanych, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.6.2022 |
|  |
|  |
| **WYKAZ POJAZDÓW** |

Oświadczam, że dysponuję do realizacji zamówienia publicznego min. pięcioma pojazdami do transportu osób, wyprodukowanymi nie wcześniej niż w 2018 roku, posiadającymi aktualne badania techniczne oraz ubezpieczenie OC i NW, wyposażonymi w ogrzewanie i klimatyzację przestrzeni pasażerskiej w tym min. jednym pojazdem do transportu osób w pozycji leżącej, wyposażonym w nosze oraz min. jednym pojazdem do transportu osób na wózku inwalidzkim.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Rodzaj/marka pojazdu** | **Nr rejestracyjny lub Nr VIN** | **Rok produkcji** | **Dostosowanie do przewożenia pacjentów w pozycji leżącej****TAK/NIE** | **Dostosowanie do przewożenia na osób wózku inwalidzkim, posiada windę/podest****TAK/NIE** | Informacja o **podstawie dysponowania** pojazdem1. W przypadku, gdy Wykonawca dysponuje pojazdem:

**„dysponowanie bezpośrednie**”.1. Natomiast w przypadku, gdy pojazd udostępniany jest przez inny podmiot (podmiot trzeci) należy wpisać:

„**dysponowanie pośrednie** |
|  |  |  |  |  |  | dysponowanie………………….*(bezpośrednie / pośrednie)* |
| (…) | (…) |  |  |  |  | (…) |

……………….…dnia…………… ………...............................................................................

 (podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

 uprawniającym do występowania w obrocie prawny lub

 posiadających pełnomocnictwo)