**Załącznik nr 5 do SWZ**

**1/2024**

**Zamawiający:**

Szpital Powiatowy w Nowym Mieście Lubawskim spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

ul. Mickiewicza 10

13-300 Nowe Miasto Lubawskie

**dot. postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na usługi transportu sanitarnego**

##### Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa.........................................................................................................

Siedziba......................................................................................................

Nr telefonu/faksu.........................................................................................

Nr NIP.........................................................................................................

Nr REGON..................................................................................................

Adres poczty elektronicznej……………………………………………….

**Wykaz pojazdów sanitarnych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nr rejestracyjny pojazdu** | **Marka, typ, model** | **Rok produkcji** | **Nr świadectwa homologacji pojazdu** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

……………………………………

*miejscowość i data*

**UWAGA!**

1. **Należy wskazać 2 pojazdy**
2. **Do niniejszego wykazu konieczne jest załączenie kopii dowodów rejestracyjnych w/w pojazdów potwierdzonych przez Wykonawcę za zgodność z oryginałem**