

.....
(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

..... dn.

WYKAZ POJAZDÓW PRZEZNACZONYCH DO REALIZACJI USŁUGI
Transport sanitarny „S” z lekarzem

Lp.	Pojazd	Numer rejestracyjny	Rok produkcji pojazdu	Informacja o podstawie do dysponowania przez Wykonawcę wymienionymi pojazdami
1				własne / innych podmiotów*
2				własne / innych podmiotów*
3				własne / innych podmiotów*
4				własne / innych podmiotów*
5

* Niepotrzebne skreślić

.....
(podpis i pieczęć osób wskazanych
w dokumencie uprawniającym
do występowania w obrocie prawnym
lub posiadających pełnomocnictwo)