Załącznik nr 4 do SWZ

**Wykaz pojazdów oferenta realizujących usługi transportu sanitarnego- transport pacjentów hemodializowanych będące przedmiotem zamówienia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Marka pojazdu** | **Rok produkcji** | **Przebieg kilometrów** | **Ilość miejsc siedzących / leżących** | **Podstawa dysponowania** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, iż samochody realizujące usługi transportu pacjentów hemodializowanych spełniają wymogi określone przepisami prawa (mają posiadać normę EN1789 potwierdzoną certyfikatem, dla pojazdów wykonujących przewóz osób w pozycji leżącej i poruszających się na wózkach inwalidzkich).