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

Nazwa i adres Wykonawcy lub pieczęć

**Świadczenie usług transportu sanitarnego na potrzeby działalności SP ZOZ Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu nr 33 /PN/2019**

**Wykaz\***

**narzędzi,** wyposażenia zakładu lub urządzeń technicznych dostępnych wykonawcy w celu wykonania zamówienia publicznego wraz z informacją o podstawie do dysponowania tymi zasobami

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa pojazdu** | **Typ / model** | **Rok produkcji** | **Numer rejestracyjny** | **Podstawa dysponowania zasobami** |
| **Transport sanitarny zespołem specjalistycznym „S”** | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| **Transport sanitarny zespołem podstawowym „P”** | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| **Transport sanitarny pacjentów nie wymagających opieki medycznej „T”** | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

\* ***określono przez Zamawiającego w pkt. VII.B.2.2 SIWZ***

Miejsce i data: .................................................. ………………………………...………………………….

(podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)