*Załącznik nr 7 do SWZ*

**WYKAZ POJAZDÓW**

W związku z udziałem w postępowaniu pn. „**Świadczenie usług transportu sanitarnego na potrzeby działalności Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach”** IZP.2411.200.2024.AJ,jako Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia w celu potwierdzenia spełniania warunku udziału w postępowaniu określonego w SWZ wskazuję następujące pojazdy do realizacji przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa, marka środka transportu** | **Numer rejestracyjny** | **Rok produkcji** | **Karetka****do transportu pacjentów****Tak / Nie** | **Karetka** **do transportu pacjentów****z** **masą ciała do 270 kg****Tak / Nie** | **Dot. Pakietu nr 1:****Karetka** **do transportu mat. biologicznego****Tak / Nie** | **Ambulans skonstruowany zgodnie z normą PN-EN 1789 lub równoważną i wyposażony zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 14/2019/DSM z dnia 7 lutego 2019 r.****Tak / Nie** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |