

.....

(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

..... dn. ....

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

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

\* Niepotrzebne skreślić

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