*Załącznik nr 5a – Wykaz pojazdów*

znak sprawy **ZP/2501/109/20**

**Pełna nazwa Wykonawcy:**

**Adres Wykonawcy:**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia na usługę transportu osób dializowanych:

**Wykaz pojazdów skierowanych do realizacji usługi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj pojazdu | Przeznaczenie pojazdu | Liczba pojazdów | Nazwa, model pojazdu | dokładna data produkcji pojazdu | numer rejestracyjny pojazdu | rodzaj napędu | ilość osób z kierowcą(maksymalna) |
| 1.
 | umożliwiający przewóz maksymalnie 9 osób (z kierowcą) | pojazd przystosowany do transportu pacjentów bez ograniczeń ruchowych | 1 |  |  |  |  |  |
| 1.
 | umożliwiający przewóz maksymalnie 9 osób (z kierowcą) | pojazd przystosowany do transportowania osób z ograniczeniami ruchowymi (w tym na wózkach inwalidzkich), konstrukcyjne i z wyposażeniem zapewniającym komfort i bezpieczeństwo przewożonej osoby.**(załączyć opis pojazdu w celu potwierdzenia powyższego wymogu, zgodnie z treścią cz. VI pkt 5.1. siwz)**  | 2 (drugi pojazd traktowany, jako rezerwowy) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | pojazd sanitarny transportowy (zgodnie z PN-EN 1789+A2) | możliwość transportu pacjentów w pozycji leżącej  | 1 |  |  |  |  |  |

miejscowość:

data:

(podpis pieczątka imienna osoby upoważnionej do

składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)