**Wykaz środków transportu**

**spełniających wymagania określone w SIWZ**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia na: Całodobowe wykonywanie usług w zakresie transportu pacjentów Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie wykonywanych karetką reanimacyjno - transportową RT z lekarzem (typ S) III**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Marka samochodu** | **rok prod.** | **Nr rejestracyjny** | **Rodzaj zgodnie z Polskimi Normami przenoszącymi europejskie normy zharmonizowane** | **Systemy łączności z innymi służbami ratowniczymi** | **Zgodność z normą PN-EN 1789** | **Podstawa prawna dysponowania pojazdem (własność/leasing/użyczenie/inne)** |
| Pakiet …… | | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  | Tak | Tak |  |
| 2 |  |  |  |  | Tak | Tak |  |
| … |  |  |  |  | Tak | Tak |  |
|  |  |  |  |  | Tak | Tak |  |
|  |  |  |  |  | Tak | Tak |  |

……………………………, dnia …………………… r.   
 .....................................................................

(podpis wykonawcy lub osób upoważnionych