Załącznik nr9 do SWZ

8/PN/MN/2023

………………………………………………………………

(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)

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

**Na świadczenie usług transportu pacjentów dializowanych Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach**

Ja niżej podpisany

……………………………………………………………………………………………….

Działając w imieniu i na rzecz (nazwa firmy/adres Wykonawcy)

………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, iż do wykonania zamówienia będą skierowane następujące pojazdy (wymóg opisany w SWZ w pkt. ……)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Środek transportu** | **Marka model** | **Nr rejestracyjny pojazdu** | **Rok produkcji** | **Przebieg w km** | **Ilość miejsc siedzących (bez kierowców)** | **Wyposażenie w nosze, wózek inwalidzki, krzesełko kardiologiczne** | **Termin ważności badań technicznych** | **Termin ważności polisy AC, OC, NW** | **Informacja o podstawie dysponowania tymi zasobami** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |