**Załącznik Nr 1a**

**Wykaz pojazdów przeznaczonych do świadczenia usługi transportu medycznego**

**w zakresie części nr 1 (uzupełnia Wykonawca)**

Nazwa Wykonawcy …........................................................................................................................

Adres Wykonawcy ….........................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa samochodu – karetki/ pojazdu (model, marka)** | **Nr rejestracyjny** | **Data produkcji** | **Rodzaj karetki****(,,S” ,,P” ,,T”)\*** | **Informacja o podstawie do dysponowania tymi pojazdami** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |

*Legenda:*

\*„S” oznacza: karetka specjalistyczna,

 „P” oznacza: karetka podstawowa,

 „T” oznacza: karetka transportowa

Wykonawca podaje w w/w tabeli wszystkie pojazdy, jakie dedykuje do świadczenia usługi.

**Wiek, rodzaj, marka i model pojazdów wskazanych w powyższej tabeli musi być zgodny
z wiekiem, rodzajem, marką i modelem pojazdów zaoferowanym w ofercie.**

Oświadczam, że wszystkie pojazdy, które przeznaczam do realizacji usługi będącej przedmiotem zamówienia, spełniają wymagania techniczne i jakościowe określone w:

1) Ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U.
z 2016r. poz.1868 ze zm.);

2) Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane zgodnie z przepisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz wymagania dotyczące wyposażenia medycznego (PN-EN 1789, PN-EN 1865);

3) Zarządzeniu Nr 64/2016/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne.

4) Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (tj. Dz. U. z 2013r., poz. 951 ze zm.).

Oświadczam, że wszystkie ww. pojazdy posiadają aktualne ubezpieczenie OC i NW, aktualne dopuszczające do obrotu badania techniczne, opinię sanitarną, są utrzymane w należytym porządku i oznakowane zgodnie z obowiązującymi przepisami a wiek samochodu (liczony od daty produkcji) jest zgodny z informacją wskazaną w ofercie i dokumentach pojazdu.

Jednocześnie stwierdzam, iż świadom jestem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

**UWAGA: Niniejszy załącznik wypełnia Wykonawca.**

Miejscowość i data: …............................................... ……….…….………………………..…………….

Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 1**

**Wykaz pojazdów przeznaczonych do świadczenia usługi transportu medycznego**

**w zakresie część nr 2 (uzupełnia Wykonawca)**

Nazwa Wykonawcy …........................................................................................................................

Adres Wykonawcy ….........................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa samochodu – karetki/ pojazdu (model, marka)** | **Nr rejestracyjny** | **Data produkcji** | **Rodzaj karetki****(,,S”)\*** | **Informacja o podstawie do dysponowania tymi pojazdami** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |

*Legenda:*

\*„S” oznacza: karetka specjalistyczna,

Wykonawca podaje w w/w tabeli wszystkie pojazdy, jakie dedykuje do świadczenia usługi.

**Wiek, rodzaj, marka i model pojazdów wskazanych w powyższej tabeli musi być zgodny
z wiekiem, rodzajem, marką i modelem pojazdów zaoferowanym w ofercie.**

Oświadczam, że wszystkie pojazdy, które przeznaczam do realizacji usługi będącej przedmiotem zamówienia, spełniają wymagania techniczne i jakościowe określone w:

1) Ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2016r. poz.1868 ze zm.);

2) Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane zgodnie z przepisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz wymagania dotyczące wyposażenia medycznego (PN-EN 1789, PN-EN 1865);

3) Zarządzeniu Nr 64/2016/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne.

4) Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (t.j. Dz. U. z 2013r., poz. 951 ze zm.).

Oświadczam, że wszystkie ww. pojazdy posiadają aktualne ubezpieczenie OC i NW, aktualne dopuszczające do obrotu badania techniczne, opinię sanitarną, są utrzymane w należytym porządku i oznakowane zgodnie z obowiązującymi przepisami a wiek samochodu (liczony od daty produkcji) jest zgodny z informacją wskazaną w ofercie i dokumentach pojazdu.

Jednocześnie stwierdzam, iż świadom jestem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

**UWAGA: Niniejszy załącznik wypełnia Wykonawca.**

Miejscowość i data: …............................................... …….………………………..…………….

Podpis Wykonawcy