**Załącznik Nr 1a**

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

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

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

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

**Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego przez**

**UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**ul. Banacha 1a,**

**02-097 Warszawa**

**Pn: „Świadczenie usług transportu sanitarnego dla Szpitala Dzieciątka Jezus UCK WUM w lokalizacji Lindleya 4, 02-005 Warszawa”, znak sprawy: DZPUCK.262.028.2020.**

Niniejszym przedkładamy wykaz pojazdów spełniających wymagania określone w SIWZ. Wymienione pojazdy posiadają aktualne ubezpieczenie OC i NW, posiadają aktualne dopuszczające do obrotu badania techniczne, opinię sanitarną, są oznakowane i wyposażone zgodnie z obowiązującymi przepisami.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa samochodu/ pojazdu (model, marka)** | **Nr rejestracyjny** | **Data produkcji** | **Rodzaj pojazdu sanitarnego** | **Informacja o podstawie do dysponowania tymi pojazdami** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |

Wykonawca podaje w w/w tabeli wszystkie pojazdy, przeznaczone do realizacji zamówienia publicznego. **Wiek, rodzaj, marka, model i numer rejestracyjny pojazdów wskazanych w powyższej tabeli musi być zgodny z wiekiem, rodzajem, marką, modelem i numerem rejestracyjnym pojazdów zaoferowanym w ofercie.**

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

Podpis Wykonawcy

**Załącznik Nr 1b**

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

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

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

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

**Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego przez**

**UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**ul. Banacha 1a,**

**02-097 Warszawa**

**Pn: „Świadczenie usług transportu sanitarnego dla Szpitala Dzieciątka Jezus UCK WUM w lokalizacji Lindleya 4, 02-005 Warszawa”, znak sprawy: DZPUCK.262.028.2020.**

Niniejszym przedkładamy wykaz pojazdów spełniających wymagania określone w SIWZ. Wymienione pojazdy posiadają aktualne ubezpieczenie OC i NW, posiadają aktualne dopuszczające do obrotu badania techniczne, opinię sanitarną, są oznakowane i wyposażone zgodnie z obowiązującymi przepisami.

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

Wykonawca podaje w w/w tabeli wszystkie pojazdy, przeznaczone do realizacji zamówienia publicznego. **Wiek, rodzaj, marka, model i numer rejestracyjny pojazdów wskazanych w powyższej tabeli musi być zgodny z wiekiem, rodzajem, marką, modelem i numerem rejestracyjnym pojazdów zaoferowanym w ofercie.**

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

Podpis Wykonawcy