Załącznik nr 5

**Dotyczy: Przetarg nieograniczony 10/PN/U/PL/2019 na usługi przewozowe ambulansem pod opieką lekarską, przewóz pacjentów z ratownikiem medycznym, przewóz pacjentów z sanitariuszem oraz transport samochodowy na rzecz SPWZOZ w Stargardzie**

**Wykaz  urządzeń technicznych dostępnych Wykonawcy w celu realizacji zamówienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Pojazd** | **Numer rejestracyjny** | **Charakterystyka i wyposażenie** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Oświadczam, że **dysponuję ………….. (co najmniej 1 pojazdem dla każdego zespołu)** pojazdami sanitarnymi spełniającym warunki określone  w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 305 z późn. zm .).

Podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

............................................................................