**Wykaz środków transportu spełniających wymagania określone w SWZ, w postępowaniu o udzielenie zamówienia na: *Całodobowe świadczenie usług w zakresie transportu pacjentów Szpitala karetką reanimacyjno - transportową RT z lekarzem (typ S) i karetką bariatryczną – Nr sprawy ZP/7/2022***

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

……………………………, dnia …………………… r.