Załącznik nr 4

............................................  (pieczęć Wykonawcy)

**WYKAZ POJAZDÓW**

**WYZNACZONYCH DO REALIZACJI PRZEDMIOTU KONKURSU**

**Dane Wykonawcy:**

Pełna nazwa ...............................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

Adres .........................................................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj transportu (wpisać S lub P)** | **Marka pojazdu i numer rejestracyjny** | **Rok produkcji** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. W załączeniu przedkładam kserokopie dowodów rejestracyjnych pojazdów, a także aktualnych polis OC i NNW.
2. Oświadczam, iż podane samochody są przeznaczone do przewozu pacjentów, wyposażone w sygnalizację świetlno-dźwiękową dla pojazdów uprzywilejowanych w związku z ratowaniem życia lub zdrowia ludzkiego, środki łączności oraz aparaturę medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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

 miejscowość i data

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

 (podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy)