

**Wykaz narzędzi, wyposażenia zakładu i urządzeń technicznych
dostępnych wykonawcy usług w celu wykonania zamówienia**
(w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku dotyczącego dysponowania
odpowiednim potencjałem technicznym)
wraz z informacją o podstawie do dysponowania tymi zasobami

W imieniu:

Nazwa (firma) wykonawcy:	
Uwaga: w przypadku osób fizycznych należy podać także:
Imię i nazwisko wykonawcy:
PESEL i NIP wykonawcy:
Adres zamieszkania wykonawcy:
Adres siedziby wykonawcy (kod, miasto, ulica):
Numer NIP i REGON wykonawcy:
Numer telefonu i faksu:

Uwaga: w przypadku składania oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać powyższe dane dla wszystkich podmiotów kolejno, kopiując powyższą tabelę odpowiednią ilość razy lub dzieląc prawą część tabeli na odpowiednią ilość kolumn (dotyczy wykonawców występujących jako konsorcjum, spółka cywilna lub w innej formie).

Wystarczające jest złożenie jednego oświadczenia potwierdzającego łączne spełnianie warunków udziału w postępowaniu przez wykonawców występujących wspólnie.

DOTYCZY ZAKRESU NR 1 (transportu sanitarnego)

Lp.	Wymagany potencjał techniczny	Zaoferowany potencjał techniczny - podać ilość sztuk ze wskazaniem typu	Informacja o podstawie do dysponowania ¹
1.	Ambulans sanitarny typu B lub C - zgodny z normą PN EN 1789:2008 oraz wytycznymi Ministra Zdrowia określonymi w Załączniku nr 3 do Zarządzenia Nr 65/2012/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2012r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne (wraz ze zmianami) - łącznie co najmniej 2 szt.		

¹ - Należy wpisać odpowiednią formę – np. własność, dzierżawa, leasing, itp.

DOTYCZY PAKIETU NR 2 (transportu pacjentów dializowanych)

Lp.	Wymagany potencjał techniczny	Zaoferowany potencjał techniczny - podać ilość sztuk typu A	Informacja o podstawie do dysponowania ¹
2.	Ambulans sanitarny typu A - zgodny z normą PN EN 1789:2008 oraz wytycznymi Ministra Zdrowia określonymi w Załączniku nr 3 do Zarządzenia Nr 65/2012/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2012r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne (wraz ze zmianami) - łącznie co najmniej 2 szt.		

¹ - Należy wpisać odpowiednią formę – np. własność, dzierżawa, leasing, itp.

DOTYCZY PAKIETU NR 3 (specjalistycznego transportu medycznego)

Lp.	Wymagany potencjał techniczny	Zaoferowany potencjał techniczny - podać ilość sztuk typu C	Informacja o podstawie do dysponowania ¹
3.	Ambulans sanitarny typu C - zgodny z normą PN EN 1789:2008 oraz wytycznymi Ministra Zdrowia określonymi w Załączniku nr 3 do Zarządzenia Nr 65/2012/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2012r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne (wraz ze zmianami) - łącznie co najmniej 2 szt.		

¹ - Należy wpisać odpowiednią formę – np. własność, dzierżawa, leasing, itp.

Wykaz musi potwierdzać spełnianie warunku udziału w postępowaniu określonego w punkcie I.b.1.3 specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

Niniejszy załącznik należy sporządzić zgodnie z instrukcją zawartą w punkcie III.b.2.3 specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

....., dnia r.

.....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania wykonawcy)