

.....

(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

..... dn.

WYKAZ POJAZDÓW PRZEZNACZONYCH DO REALIZACJI USŁUGI
Transport sanitarny „S” z lekarzem

Lp.	Pojazd	Numer rejestracyjny	Rok produkcji pojazdu	Informacja o podstawie do dysponowania przez Wykonawcę wymienionymi pojazdami
1				własne / innych podmiotów*
2				własne / innych podmiotów*
3				własne / innych podmiotów*
4				własne / innych podmiotów*
5

* Niepotrzebne skreślić

.....
 (podpis i pieczęć osób wskazanych
 w dokumencie uprawniającym
 do występowania w obrocie prawnym
 lub posiadających pełnomocnictwo)