……………………………*................ dn. ....................*

*(Wykonawca)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. Świadczenie usług w zakresie transportu pacjentów dializowanych w Stacji Dializ dla Szpitala Powiatowego w Chrzanowie (powtórka) – sprawa 85/2024prowadzonego przez Szpital Powiatowy w Chrzanowie,przedstawiam **wykaz samochodów t.j. wykaz środków transportu dostępnych w celu wykonania niniejszego zamówienia publicznego wraz z informacją o podstawie do dysponowania tymi środkami.**

**WYKAZ SAMOCHODÓW**

*Wykaz środków transportu jakie posiada lub jakimi dysponuje Wykonawca tj.* ***minimum trzy samochody typu „minibus” (7-9 miejsc) przystosowanych do przewozu pacjentów poruszających się na wózkach inwalidzkich (posiadające najazd lub rampę) oraz co najmniej jeden samochód przystosowany do przewozu pacjentów w pozycji leżącej.***

***Samochody muszą być sprawne technicznie,*** *gwarantujące wygodny i spokojny transport pacjentów, muszą posiadać pełne ubezpieczenie komunikacyjne, telefon komórkowy*

Wykaz wymagany jest w celu potwierdzenia, że Wykonawca dysponuje lub będzie dysponował potencjałem technicznym niezbędnym do wykonania zamówienia.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Środek transportu (samochód/ typ) | marka/rok produkcji | Ilość miejsc | Samochód posiada najazd lub rampę  TAK/NIE | Samochód przystosowany do przewozu pacjenta w pozycji leżącej  TAK/NIE | Nr rejestracyjny | **Informacja o podstawie do dysponowania środkami transportu**  Własne / oddane do dyspozycji\* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

*\* niepotrzebne skreślić lub usunąć*

*Oświadczam,* w przypadku wyboru mojej oferty w/w samochody lub samochody równoważne pod względem roku produkcji, ilości miejsc, stanu technicznego będą wykorzystywane przy realizowaniu niniejszego zamówienia.

*...............................................................                         ................ dn. ....................*

*(Wykonawca)*

**WYKAZ USŁUG**

**Świadczenie usług w zakresie transportu pacjentów dializowanych w Stacji Dializ dla Szpitala Powiatowego w Chrzanowie (powtórka) – sprawa 85/2024**

wykaz wykonanych lub wykonywanych głównych  usług w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie: z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców oraz załączyć dokument potwierdzający, że te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa Odbiorcy | Wartość  brutto (PLN) | Zakres przedmiotowy | Daty  Rozpoczęcia/zakończenia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Do wykazu należy dołączyć dokumenty** potwierdzające, że usługi te zostały wykonane należycie.