

(pieczęć Wykonawcy)	Załącznik nr 5 do SWZ		
	Strona nr		stron.
z ogólnej liczby			

**Wykaz osób i podmiotów,
które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia
w postępowaniu na świadczenie usługi transportu sanitarnego odpowiednimi do tego
celu karetkami i przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje**

L.p.	Imię i nazwisko	Specjalność/ zawód	Doświadczenie	Podstawa do dysponowania tą osobą ¹
				Dysponuje* Będę dysponował *
				Dysponuje* Będę dysponował *
				Dysponuje* Będę dysponował *
				Dysponuje* Będę dysponował *
				Dysponuje* Będę dysponował *
				Dysponuje* Będę dysponował *
				Dysponuje* Będę dysponował *
				Dysponuje* Będę dysponował *

Do wykazu należy dołączyć dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i wykształcenie osób wskazanych w wykazie, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia.

Dodatkowo osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia na stanowisku kierowcy, muszą posiadać wymagane uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych. Kopię dokumentu potwierdzającego spełnienie w/w warunku należy dołączyć do wykazu.

Upoważniony Przedstawiciel Wykonawcy

.....
(podpis i pieczęć)

Data:.....

¹ Niepotrzebne skreślić

Wykaz urządzeń technicznych
dostępnych Wykonawcy w celu realizacji zamówienia
w postępowaniu na świadczenie usługi transportu sanitarnego odpowiednimi do tego celu
karetkami i przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje

L.p.	Pojazd	Numer rejestracyjny	Charakterystyka i wyposażenie

Minimalne wymagania co najmniej 3 pojazdy sanitarne.

Oświadczam, że **dysponuję** (co najmniej 1 pojazdem dla każdego zespołu) pojazdami sanitarnymi spełniającym warunki określone w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1886).

Upoważniony Przedstawiciel Wykonawcy

.....

(podpis i pieczęć)

Data:.....