**Załącznik nr 8 do SIWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| (pieczęć lub Nazwa i adres Wykonawcy) | **WYKAZ NARZĘDZI, WYPOSAŻENIA ZAKŁADU I URZĄDZEŃ TECHNICZNYCH***dostępnych Wykonawcy w celu**wykonania zamówienia* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wykaz narzędzi, wyposażenia zakładu i urządzeń technicznych niezbędnych do wykonania usługi[[1]](#endnote-1)  | Ilość | Informacja o podstawie do dysponowania tymi zasobami |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
|  10 |  |  |  |

 data : ......................... ..................................................................

 (podpis Wykonawcy lub upoważnionego przedstawiciela)

1. W kolumnie „Wykaz narzędzi..” należy wykazać co najmniej 2 środki transportu przystosowane do transportu pacjentów, które posiadają pozytywną opinię Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego dot. spełniania wymogów sanitarnych do przewozu pacjentów. [↑](#endnote-ref-1)