**Załącznik nr 8 do SWZ**

……………………………………………..

(nazwa i adres Wykonawcy)

**Wykaz posiadanych środków transportu sanitarnego**

**przeznaczonych do realizacji zamówienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj i marka** | **Rok produkcji i numer rejestracyjny** | **Data ostatniego badania technicznego** | **Data uzyskania świadectwa homologacji** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |

………………………………………..

(data i podpis Wykonawcy)