

**Wykaz narzędzi, wyposażenia zakładu i urządzeń technicznych
dostępnych wykonawcy usług w celu wykonania zamówienia**
(w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku dotyczącego dysponowania
odpowiednim potencjałem technicznym)
wraz z informacją o podstawie do dysponowania tymi zasobami
DLA PAKIETU NR 1 (usługi transportu sanitarnego)

W imieniu:

Nazwa (firma) wykonawcy:
albo Imię i nazwisko wykonawcy:
Adres zamieszkania wykonawcy: (dotyczy wykonawców będących osobami fizycznymi):
Adres siedziby wykonawcy (kod, miasto, ulica, nr lokalu):
Numer NIP i REGON wykonawcy:
Numer telefonu i faksu:

Uwaga: w przypadku składania oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać powyższe dane dla wszystkich podmiotów kolejno, kopiując powyższą tabelę odpowiednią ilość razy lub dzieląc prawą część tabeli na odpowiednią ilość kolumn (dotyczy wykonawców występujących jako konsorcjum, spółka cywilna lub w innej formie).

Wystarczające jest złożenie jednego oświadczenia potwierdzającego łączne spełnianie warunków udziału w postępowaniu przez wykonawców występujących wspólnie.

Wymagany potencjał techniczny	Zaoferowany potencjał techniczny ¹	Informacja o podstawie do dysponowania ²
Ambulans typu B lub C, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane zgodnie z przepisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz wymagania dotyczące wyposażenia medycznego zgodnie z aktualnie obowiązującą Polską normą przenoszącą europejskie normy zharmonizowane (PN EN 1789:2008) oraz wytycznymi Ministra Zdrowia określone w Załączniku nr 3 do Zarządzenia Nr 65/2012/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne (wraz ze zmianami) określone dla ambulansu wskazanego typu – co najmniej 2 szt.		

¹ - Należy podać typ ambulansu (B czy C), markę, model i numer rejestracyjny każdego pojazdu.

² - Należy wpisać odpowiednią formę – np. własność, dzierżawa, leasing, itp.

Wykaz musi potwierdzać spełnianie warunku udziału w postępowaniu określonego w punkcie I.b.1.3 specyfikacji istotnych warunków zamówienia dla danego pakietu.

Niniejszy załącznik należy sporządzić zgodnie z instrukcją zawartą w punkcie III.b.2.3 specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

....., dnia r.

.....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania wykonawcy)

**Wykaz narzędzi, wyposażenia zakładu i urządzeń technicznych
dostępnych wykonawcy usług w celu wykonania zamówienia**
(w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku dotyczącego dysponowania
odpowiednim potencjałem technicznym)
wraz z informacją o podstawie do dysponowania tymi zasobami
DLA PAKIETU NR 2 (usługi transportu pacjentów dializowanych)

W imieniu:

Nazwa (firma) wykonawcy:
albo Imię i nazwisko wykonawcy:
Adres zamieszkania wykonawcy: (dotyczy wykonawców będących osobami fizycznymi):
Adres siedziby wykonawcy (kod, miasto, ulica, nr lokalu):
Numer NIP i REGON wykonawcy:
Numer telefonu i faksu:

Uwaga: w przypadku składania oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać powyższe dane dla wszystkich podmiotów kolejno, kopiując powyższą tabelę odpowiednią ilość razy lub dzieląc prawą część tabeli na odpowiednią ilość kolumn (dotyczy wykonawców występujących jako konsorcjum, spółka cywilna lub w innej formie).

Wystarczające jest złożenie jednego oświadczenia potwierdzającego łączne spełnianie warunków udziału w postępowaniu przez wykonawców występujących wspólnie.

Wymagany potencjał techniczny	Zaoferowany potencjał techniczny ¹	Informacja o podstawie do dysponowania ²
Pojazdy umożliwiające transport pacjentów (w tym pacjentów niepełnosprawnych) w pozycji siedzącej, leżącej z użyciem wózka lub na noszach, z wymaganych 2 pojazdów - jeden umożliwiający przewóz co najmniej 8 osób, a drugi – na co najmniej 4 osób - łącznie co najmniej 2 szt.		

¹ - Należy podać markę, model i numer rejestracyjny każdego pojazdu.

² - Należy wpisać odpowiednią formę – np. własność, dzierżawa, leasing, itp.

Wykaz musi potwierdzać spełnianie warunku udziału w postępowaniu określonego w punkcie I.b.1.3 specyfikacji istotnych warunków zamówienia dla danego pakietu.

Niniejszy załącznik należy sporządzić zgodnie z instrukcją zawartą w punkcie III.b.2.3 specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

....., dnia r.

.....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania wykonawcy)

**Wykaz narzędzi, wyposażenia zakładu i urządzeń technicznych
dostępnych wykonawcy usług w celu wykonania zamówienia**
(w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku dotyczącego dysponowania
odpowiednim potencjałem technicznym)
wraz z informacją o podstawie do dysponowania tymi zasobami
DLA PAKIETU NR 3 (usługi specjalistycznego transportu medycznego)

W imieniu:

Nazwa (firma) wykonawcy:
albo Imię i nazwisko wykonawcy:
Adres zamieszkania wykonawcy: (dotyczy wykonawców będących osobami fizycznymi):
Adres siedziby wykonawcy (kod, miasto, ulica, nr lokalu):
Numer NIP i REGON wykonawcy:
Numer telefonu i faksu:

Uwaga: w przypadku składania oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać powyższe dane dla wszystkich podmiotów kolejno, kopiując powyższą tabelę odpowiednią ilość razy lub dzieląc prawą część tabeli na odpowiednią ilość kolumn (dotyczy wykonawców występujących jako konsorcjum, spółka cywilna lub w innej formie).

Wystarczające jest złożenie jednego oświadczenia potwierdzającego łączne spełnianie warunków udziału w postępowaniu przez wykonawców występujących wspólnie.

Wymagany potencjał techniczny	Zaoferowany potencjał techniczny ¹	Informacja o podstawie do dysponowania ²
Ambulans typu C, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane zgodnie z przepisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz wymagania dotyczące wyposażenia medycznego zgodnie z aktualnie obowiązującą Polską normą przenoszącą europejskie normy zharmonizowane (PN EN 1789:2008) oraz wytycznymi Ministra Zdrowia określone w Załączniku nr 3 do Zarządzenia Nr 65/2012/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne (wraz ze zmianami) określone dla ambulansu wskazanego typu – co najmniej 2 szt.		

¹ - Należy podać markę, model i numer rejestracyjny każdego pojazdu.

² - Należy wpisać odpowiednią formę – np. własność, dzierżawa, leasing, itp.

Wykaz musi potwierdzać spełnianie warunku udziału w postępowaniu określonego w punkcie I.b.1.3 specyfikacji istotnych warunków zamówienia dla danego pakietu.

Niniejszy załącznik należy sporządzić zgodnie z instrukcją zawartą w punkcie III.b.2.3 specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

....., dnia r.

.....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania wykonawcy)

**Wykaz narzędzi, wyposażenia zakładu i urządzeń technicznych
dostępnych wykonawcy usług w celu wykonania zamówienia**
(w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku dotyczącego dysponowania
odpowiednim potencjałem technicznym)
wraz z informacją o podstawie do dysponowania tymi zasobami
**DLA PAKIETU NR 4 (usługi w zakresie transportu krwi i jej składników
oraz innego materiału biologicznego)**

W imieniu:

Nazwa (firma) wykonawcy:
albo Imię i nazwisko wykonawcy:
Adres zamieszkania wykonawcy: (dotyczy wykonawców będących osobami fizycznymi):
Adres siedziby wykonawcy (kod, miasto, ulica, nr lokalu):
Numer NIP i REGON wykonawcy:
Numer telefonu i faksu:

Uwaga: w przypadku składania oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać powyższe dane dla wszystkich podmiotów kolejno, kopiując powyższą tabelę odpowiednią ilość razy lub dzieląc prawą część tabeli na odpowiednią ilość kolumn (dotyczy wykonawców występujących jako konsorcjum, spółka cywilna lub w innej formie).

Wystarczające jest złożenie jednego oświadczenia potwierdzającego łączne spełnianie warunków udziału w postępowaniu przez wykonawców występujących wspólnie.

Wymagany potencjał techniczny	Zaoferowany potencjał techniczny ¹	Informacja o podstawie do dysponowania ²
Pojazd posiadający status pojazdu uprzywilejowanego w ruchu drogowym i umożliwiający transport krwi i jej składników oraz innego materiału biologicznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 11 grudnia 2012 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami - co najmniej 1 szt.		

¹ - Należy podać markę, model i numer rejestracyjny każdego pojazdu.

² - Należy wpisać odpowiednią formę – np. własność, dzierżawa, leasing, itp.

Wykaz musi potwierdzać spełnianie warunku udziału w postępowaniu określonego w punkcie I.b.1.3 specyfikacji istotnych warunków zamówienia dla danego pakietu.

Niniejszy załącznik należy sporządzić zgodnie z instrukcją zawartą w punkcie III.b.2.3 specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

....., dnia r.

.....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania wykonawcy)