.........................................................

 (pieczęć Wykonawcy)

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**„Świadczenie usług transportu sanitarnego pacjentów w stanie zagrożenia życia i zdrowia dla SP ZOZ MSWiA w Koszalinie, ul. Szpitalna 2”**

ja, niżej podpisany ……………............................................................................. działając
w imieniu i na rzecz:

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

(pełna nazwa oraz adres siedziby Wykonawcy)

poniżej przedkładam:

**WYKAZ WYKONANYCH LUB WYKONYWANYCH**

**W CIĄGU OSTATNICH TRZECH LAT GŁÓWNYCH DOSTAW/USŁUG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis dostawy/usługi** | **Zamawiający:****nazwa, adres, nr tel.** | **Termin realizacji** | **Całkowita wartość brutto** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |

 ...................................., dnia ......................................

...........................................

(podpis)

**WYKAZ ŚRODKÓW TRANSPORTU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa środka transportu** | **Rok produkcji** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |
| **5.** |  |  |
| **6.** |  |  |
| **7.** |  |  |
| **8.** |  |  |

 ...................................., dnia ......................................

...........................................

(podpis)