####

#### WYKAZ AMBULANSÓW

Nazwa Podwykonawcy: ...........................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Typ ambulansu (typ B lub typ C)****Rok produkcji** | **Nr rejestracyjny****Pojazdu** | **Nr VIN** | **Producent/model** | **Zgodność z** **wymaganiami załącznika nr 3 do zarządzenia nr 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 listopada 2020 r.**  | **Zgodność z normą PN- EN 1789** |
| 1 |  |  |  |  | TAK | TAK |
| 2 |  |  |  |  | TAK | TAK |

 ……..*........................................*…………………………………….

 (data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów
 lub upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)