####  Załącznik nr 3 do IWK

**WYKAZ AMBULANSÓW**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Typ ambulansu (typ B lub typ C)Rok produkcji | Nr rejestracyjnypojazdu | WIN | Producent/model | Zgodność z wymaganiami załącznika nr 3 do zarządzenia nr 14/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lutego 2019r. wraz z późniejszymi zmianami | Zgodność z normą PN- EN 1789 |
| 1 |  |  |  |  | TAK | TAK |
| 2 |  |  |  |  | TAK | TAK |

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

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