####  Załącznik nr 3 do SWKO

**WYKAZ AMBULANSÓW**

Nazwa Oferenta: .........................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 65/2012/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2012 r. | Zgodność z normą PN- EN 1789 |
| 1 |  |  |  |  | TAK |  TAK |
| 2 |  |  |  |  | TAK |  TAK |

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

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