

WYKAZ AMBULANSÓW

Nazwa Podwykonawcy:

L.p.	Typ ambulansu (typ B lub typ C)	Nr rejestracyjny pojazdu	Producent/model	Zgodność z wymaganiami załącznika nr 3 do zarządzenia nr 90/2025/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2025 r.	Zgodność z normą PN- EN 1789
1				TAK	TAK
2				TAK	TAK
3				TAK	TAK
4				TAK	TAK
5				TAK	TAK

.....
(podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów
lub upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy)