**Formularz nr 3.2.**

Wykaz pojazdów przewidzianych do realizacji przedmiotu Zapytania ofertowego

**Zadanie nr 2**

transport pacjentów hemodializowanych realizowany dla pacjentów Stacji Dializ Nowego Szpitala Sp. z o.o. (Wschowa, ul. Ks. Andrzeja Kostki 33)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Marka / model pojazdu | Rok produkcji | Ilość miejsc siedzących/ leżących |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

…………………………………. ………………………………………………

 miejscowość, data podpis i pieczęć Oferenta