

## WYKAZ OSÓB

potwierdzający spełnianie warunku udziału w postępowaniu, określonego w punkcie  
Zdolność techniczna lub zawodowa Zapytania ofertowego

## DZIAŁAJĄC W IMIENIU WYKONAWCY

Nazwa Wykonawcy .....

Adres siedziby Wykonawcy.....

BĘDĄC NALEŻYCIEM UPOWAŻNIONYM DO JEGO REPREZENTOWANIA, na potrzeby postępowania o udzielenie Zamówienia publicznego na wykonanie okresowych przeglądów technicznych sprzętu medycznego (2 pakiety) dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnio, OŚWIADCZAM, CO NASTĘPUJE:

OŚWIADCZAM, że do realizacji Zamówienia publicznego skieruje następujące osoby:

Lp.	IMIĘ I NAZWISKO	KWALIFIKACJE ZAWODOWE, (Nr uprawnień zawodowych) DOŚWIADCZENIE, WYKSZTAŁCENIE	ZAKRES WYKONYWANYCH CZYNNOŚCI	INFORMACJA O PODSTAWIE DO DYSPONOWANIA OSOBĄ (należy wpisać podstawę dysponowania osobą, np.: umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło, zobowiązanie innych podmiotów do oddania osoby do dyspozycji Wykonawcy)
1.	2.	3.	4.	5.
1.				
2.				
3.				

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że dysponujemy stosowną aparaturą kontrolno-pomiarową z aktualnymi atestami, certyfikatami, walidacjami do realizacji przeglądu sprzętu medycznego wykazanego w formularzach cenowych w SPZZOZ „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnio.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

<p>..... Data, miejscowość, opcjonalnie pieczęć Wykonawcy</p>	<p>..... Podpis(-) osoby (osób) upoważnionej (-ych) do reprezentowania Wykonawcy lub Pełnomocnika Wykonawców wspólnie ubiegających się o Zamówienie o ile z treści pełnomocnictwa wynika upoważnienie do złożenia stosowanego oświadczenia)</p>
---	---

Uwaga: Zamawiający zaleca zaparafowanie lub podpisanie każdej strony niniejszego oświadczenia.