

WYKAZ OSÓB

potwierdzający spełnianie warunku udziału w postępowaniu

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 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.