|  |
| --- |
| **Wykonawca:** |
| …………………………………………………………………… |
| *(pełna nazwa/firma)* |

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

|  |
| --- |
| Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: |
| Świadczenie usług w zakresie zorganizowania i prowadzenia Zajęć profilaktycznych |
| prowadzonego przez Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie,  oświadczam co następuje: |

**WYKAZ OSÓB**

**SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

**odpowiedzialnych za świadczenie usług**

**zgodnie z wymaganiami Zamawiającego określonymi w sekcji VII. pkt. 1.4 SWZ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Doświadczenie wymagane do wykonania zamówienia** | **Wykształcenie/kwalifikacje wymagane do wykonania zamówienia** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą (\*)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*(\*) wpisać podstawę do dysponowania wskazaną osobą np. umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa z podwykonawcą, itp.; w przypadku gdy Wykonawca świadczył będzie usługę osobiście, należy wpisać słowo „osobiście”.*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

Oświadczenie niniejsze powinno być podpisane podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.