

sygn. postęp. ZZ-2380 - 46/24

załącznik nr 9 do SWZ (do części 1-2)

Dane Wykonawcy:

Nazwa:.....

Adres:.....

NIP:.....

REGON.....

Osoba uprawniona do reprezentowania Wykonawcy, w tym do podpisania umowy:

.....

Oświadczenie Wykonawcy o dysponowaniu potencjałem technicznym:

(spełniające warunek przystąpienia do udziału w postępowaniu)

**Świadczenie usług w zakresie obsługi zabezpieczenia medycznego
dla funkcjonariuszy Policji garnizonu zachodniopomorskiego**

Oświadczamy, że dysponujemy Specjalistycznymi Zespołami Ratownictwa Medycznego „S” oraz „P”, podczas realizacji przedmiotu zamówienia Zamawiającego, w ilości wskazanej w poniższej tabeli:

Lp.	Zespół Ratownictwa Medycznego	Podstawa dysponowania potencjałem technicznym	Zadysponowana ilość do realizacji przedmiotu zamówienia
1.	Podstawowy „P”		
2.	Specjalistyczny „S”		

....., dn.

.....
podpis kwalifikowany lub zaufany lub osobisty
(zaawansowany podpis elektroniczny)