.........................................................

(pieczęć Wykonawcy)

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**„Świadczenie usług transportu sanitarnego pacjentów w stanie zagrożenia życia   
i zdrowia dla SP ZOZ MSWiA w Koszalinie, ul. Szpitalna 2”**

ja, niżej podpisany ……………............................................................................. działając   
w imieniu i na rzecz:

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

(pełna nazwa oraz adres siedziby Wykonawcy)

poniżej przedkładam:

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wykształcenie** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Doświadczenie** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |

...................................., dnia ......................................

...........................................

(podpis)

**OŚWIADCZENIE**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego na wykonywanie usług transportu sanitarnego pacjentów w stanie zagrożenia życia i zdrowia dla SP ZOZ MSWiA w Koszalinie, ul. Szpitalna 2,

Ja (imię i nazwisko):

....................................................................................................................................................

w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy (nazwa firmy):

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

oświadczam, że wszystkie osoby uczestniczące w realizacji usług transportu sanitarnego pacjentów w stanie zagrożenia życia i zdrowia wykazane w wykazie osób, posiadają stosowne uprawnienia i aktualne badania niezbędne dla prawidłowego wykonywania usług,   
a kierowcy środków transportu - uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych

...................................., dnia ......................................

...........................................

(podpis)