Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych   
i Administracji w Koszalinie**

**75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

Składając ofertę na zapytanie ofertowe na Pełnienie funkcji Inspektora Nadzoru Inwestorskiego nad realizacją zadania pn. „Poprawa jakości diagnostyki i leczenia w Oddziale Chorób Wewnętrznych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych   
i Administracji w Koszalinie” oświadczam, że:

1. posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania prac objętych przedmiotem zamówienia zgodnie z przepisami wymagającymi takich uprawnień;
2. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia;
3. dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. firma, którą reprezentuję znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
5. w poszczególnych specjalnościach funkcje inspektora nadzoru pełnić będą osoby uprawnione do pełnienia samodzielnych funkcji w budownictwie zgodnie   
   z wymaganiami ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. „Prawo budowlane" (Dz.U.z 2013 r., poz.1409) oraz przynależące do izby inżynierów budownictwa.

*.......................................*

*(miejscowość, data)*

*..................................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu)**

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.

***Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.***

*....................................... ..................................................................*

*(miejscowość, data)* **(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych)**