**Oświadczenie Wykonawcy potwierdzające spełnianie wymogu uprawnień osób wyznaczonych do realizacji przedmiotu zamówienia**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**Dostosowanie Dziedzinowych Systemów Informatycznych w SP ZOZ MSWiA   
w Koszalinie w ramach Projektu e-Zdrowie w SP ZOZ MSWiA: rozwój nowoczesnych e-usług publicznych dla pacjentów.**

oświadczam, że osoby:

1. …………………………………. pełniąca/y funkcję ……………………………………………………

*(imię i nazwisko) (funkcja powierzona przy realizacji zamówienia)*

1. …………………………………. pełniąca/y funkcję ……………………………………………………

(imię i nazwisko) (funkcja powierzona przy realizacji zamówienia)

1. …………………………………. pełniąca/y funkcję ……………………………………………………

*(imię i nazwisko) (funkcja powierzona przy realizacji zamówienia)*

1. …………………………………. pełniąca/y funkcję ……………………………………………………

*(imię i nazwisko) (funkcja powierzona przy realizacji zamówienia)*

1. …………………………………. pełniąca/y funkcję ……………………………………………………

*(imię i nazwisko) (funkcja powierzona przy realizacji zamówienia)*

które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia posiadają aktualne wymagane uprawnienia, certyfikaty, szkolenia.

……………………………………………………….

podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

*Uwaga*

*ZAMAWIAJĄCY ZAZNACZA, ŻE NINIEJSZY FORMULARZ JEST TYLKO WZOREM I TO DO WYKONAWCY NALEŻY PRAWIDŁOWE WYPEŁNIENIE.*