

.....
Pieczęć Wykonawcy

OŚWIADCZENIE

na temat wykształcenia i kwalifikacji zawodowych wykonawcy
lub kadry kierowniczej wykonawcy

Oświadczamy, że osoby które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, którego przedmiotem *świadczenie usług zdrowotnych polegających na konsultacjach i badaniach fizjoterapeutycznych, konsultacjach dietetycznych oraz zabiegach rehabilitacyjnych dla uczestników projektu „Zdrowi i aktywni w pracy” będących pracownikami Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu (WZP.272.53.2018)*, w szczególności osoby wymienione w „Wykazie osób”, stanowiącym załącznik nr 4 do Siwz, posiadają wymagane wykształcenie i kwalifikacje zawodowe.

.....
miejsowość, data

.....
Pieczęć i podpisy osób upoważnionych do
składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

Uwaga: prosimy o nie zmienianie formy oświadczenia.