DSUiZP 252/JK/18/2017 załącznik nr 9

........................................ ……………

*(pieczątka Wykonawcy)*

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

*(miejscowość i data)*

##### OŚWIADCZENIE

Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na usługi świadczenia czynności pomocniczych przy pacjencie wykonywanych na zlecenie personelu medycznego na rzecz Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich,

**oświadczam, że podmiot, który reprezentuję dysponuje osobami zdolnymi do wykonania niniejszego zamówienia.**

 Wykaz osób odpowiedzialnych (kadra kierownicza) za realizację zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Imię i nazwisko | Zajmowane stanowisko | Wykształcenie | Doświadczenie zawodowe na stanowisku pracy (podać w latach) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Wykonawca musi dysponować min. jedną osobą do sprawowania nadzoru nad pracą personelu posiadająca doświadczenie zawodowe w zakresie zasad higieny w placówkach ochrony zdrowia

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

podpis i pieczątka Wykonawcy

lub osoby upoważnionej

**Uwaga:**

Wykaz składany na żądanie Zamawiającego – na zasadach określonych w SIWZ