

Wykonawca:

.....

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

reprezentowany przez:

.....

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

Zamawiający:

Narodowy Fundusz Zdrowia w Warszawie
- Małopolski Oddział Wojewódzki w Krakowie
31-053 Kraków, ul. Ciemna 6

Oświadczenie Wykonawcy

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu pn:

**ŚWIADCZENIE KOMPLEKSOWYCH USŁUG W ZAKRESIE OCHRONY OSÓB I MIENIA
MAŁOPOLSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA Z
SIEDZIBĄ W KRAKOWIE**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w ogłoszeniu w zakresie:

- 1) posiadania uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem, tj. posiadania aktualnej koncesji na prowadzenie działalności w zakresie usług ochrony osób i mienia, w tym konwojowania wartości pieniężnych, wydanej zgodnie z ustawą z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia (t.j.Dz.U.2018. 2142 z późn zm.), obejmującą przedmiot zamówienia,
- 2) posiadania wiedzy i doświadczenia, niezbędnego do wykonania zamówienia,
- 3) dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, tj. dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia w ilości gwarantującej należyte jego wykonanie tj. co najmniej 14 (czternastoma) osobami wpisanymi na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej oraz co najmniej 2 (dwoma) osobami wpisanymi na listę kwalifikowanych pracowników zabezpieczenia technicznego.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(czytelny podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(czytelny podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)

