I Z B A W Y T R Z E Ź W I E Ń
ul. K a s z t a n o w a 16, 87-100 T o r u ń
sekretariat tel./fax 56/645 89 96
sekretariat@moeipu.pl www.iw.torun.pl

Załącznik Nr 9 do SWZ

Znak sprawy: IW.2.26.1.1.2026

Zamawiający: Izba Wytrzeźwień w Toruniu, ul. Kasztanowa 16, 87-100 Toruń

Wykonawca:

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

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

Oświadczenie potwierdzające, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia posiadają wymagane uprawnienia/ posiadają prawo wykonywania zawodu lekarza (lub felczera) w myśl ustawy z dnia 5.12.1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2023.1516 tj.)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Świadczenie usług medycznych w ramach dyżurów lekarskich na rzecz Izby Wytrzeźwień w Toruniu w okresie od 1.01.2027r. do 31.12.2027r.**, oświadczam, że osoby:

1…… pełniąca funkcję …….
(imię i nazwisko) (funkcja powierzona przy realizacji zamówienia)

2…… pełniąca funkcję …….
(imię i nazwisko) (funkcja powierzona przy realizacji zamówienia)

3…… pełniąca funkcję ……
(imię i nazwisko) (funkcja powierzona przy realizacji zamówienia)

które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia
- posiadają wymagane uprawnienia.

…….
Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty