**Załącznik nr 6**

**OŚWIADCZENIE**

**(dotyczy pakietu nr 1)**

**Wykonanie napraw - dla pakietów 1, 2, 3, 4, sprzętu medycznego w SPZOZ Miejskim szpitalu Zespolonym w Częstochowie**

**Zamawiający:**

SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony

ul. Mirowska 15 42 – 200 Częstochowa

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………

…………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………

…………………………………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Pakiet nr ……….\***

**Wykaz osób, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego**

spełniających wymagania określone w pkt 7 Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia – certyfikat autoryzacji producenta.

Składając ofertę w niniejszym postępowaniu oświadczam, że do realizacjiprzedmiotowego zamówienia zostaną skierowane następujące osoby.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Posiadane kwalifikacjezawodowe, uprawnieniai wykształcenie/ posiadanecertyfikaty lub inne dokumentyniezbędne do wykonaniazamówienia | Zakres wykonywanychczynności przy realizacjizamówienia/ doświadczeniezawodowe | Informacja o sposobiedysponowania osobą(umowa o pracę/ umowazlecenie/umowa o dzieło/właściciel/zobowiązanieinnego podmiotu/inne(zaznaczyć, podać) |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |