*Załącznik nr 8 do SWZ*

PZ / 2 / 2025

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

składane na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu

w imieniu Wykonawcy :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa firmy, adres)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:

PAKIET 1: samochodem sanitarnym o standardzie odpowiadającym karetkom typu S \*

PAKIET 2: samochodem sanitarnym bez opieki lekarskiej o standardzie odpowiadającym karetkom typu P\*

\*niepotrzebne skreślić

prowadzonego przez Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II   
w Sosnowcu Sp. z o.o. oświadczam, że:

posiadam / będę dysponować uprzywilejowanymi środkami transportu sanitarnego odpowiadającemu kartce typu S\* oraz typu P\* zgodnie z zapisami ustawy Prawo o ruchu drogowym, za pomocą których będę realizował przedmiot zamówienia

\*zaznaczyć odpowiednio do złożonego pakietu

………….……., dnia ………….……. r.

*(miejscowość, data)*

……………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany lub podpis zaufany lub osobisty osoby/-ób

uprawnionej/-ych do reprezentowania Wykonawcy

lub pełnomocnika