Załącznik Nr 9 do SWZ

Znak sprawy: IW.2.26.1.2024

**Zamawiający:** Izba Wytrzeźwień, 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 (tj. Dz.U. z 2023r. poz. 11516)**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**Świadczenie usług medycznych w ramach dyżurów lekarskich na rzecz Izby Wytrzeźwień w Toruniu   
w okresie od 1.01.2025r. do 31.12.2025r. dla zadania nr …………………………..***,* 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