Załącznik nr 9 do SWZ

**Dane dotyczące Wykonawcy/Podwykonawcy:**

Nazwa:

Siedziba:

Nr telefonu:

REGON:

NIP:

**Oświadczenie wykonawcy/podwykonawcy**

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

dysponuje/ dysponować będę osobom/osobami posiadającymi uprawnienia   
do wykonywania zawodu lekarza, (nadany numer prawa wykonywania zawodu). Osoba/Osoby jest/są lekarzem/lekarzami w myśl ustawy z dnia 5 grudnia 1996r.   
o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity : Dz.U. 2021 poz. 790 z późn. zm.) posiada aktualne prawo wykonywania zawodu oraz jest/będzie przeszkolona z zakresu patofizjologii nurkowań.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby/osób uprawnionych do reprezentowania\*\* |  |

\*\* Oświadczenie powinno być podpisane elektronicznym kwalifikowanym podpisem

Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF