Załącznik nr 8 do SWZ

**Dane dotyczące Wykonawcy/Podwykonawcy:**

Nazwa:

Siedziba:

Nr telefonu:

REGON:

NIP:

**Oświadczenie wykonawcy/podwykonawcy**

 Ja niżej podpisany oświadczam, że dysponuje:

a) składem zespołu P zgodny z wymogami art. 36 ust. 1 pkt 2) ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 652), tj. co najmniej 2 osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym: pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny: (dotyczy zadania od 1 do 3).

b) kierowcom zespołu P, który spełnia wymagania, dotyczące kierujących pojazdami uprzywilejowanymi, o których mowa w rozdziale 16, w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. – Ustawa o kierujących pojazdami (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1210).

c) posiadam zezwolenie Ministra Spraw Wewnętrznych na używanie pojazdów samochodowych jako uprzywilejowanych w ruchu drogowym w przypadku wykorzystania tych pojazdów w związku z ratowaniem życia lub zdrowia ludzkiego,
o którym mowa w art. 53 ust. 1 pkt 12) ustawy Prawo o ruchu drogowym (t. jedn. Dz.U.2024 r. poz. 1251).

d) środkiem transportu drogowego będzie spełniał cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane: Polska Norma PN-EN 1789+A2:2015+01 Pojazdy medyczne i ich wyposażenie - Ambulanse drogowe, oraz spełniać wymagania normy PN-EN 1865-5;2012 dotyczące noszy i innego sprzętu do przemieszczania pacjenta, stosowanego w ambulansach drogowych.

e) mam możliwość zabezpieczenia w jednym czasie: kilku szkoleń, w różnych lokalizacjach w danym czasie (minimum 3 lokalizacje).

…………….……. *(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