**Oświadczenie Wykonawcy potwierdzające spełnianie wymogu uprawnień osób wyznaczonych do realizacji przedmiotu zamówienia**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**„Poprawa warunków ewakuacyjnych oraz ochrony przeciwpożarowej   
w obiektach SP ZOZ MSWiA w Koszalinie”**

oświadczam, że osoby:

1. …………………………………. pełniąca/y funkcję ……………………………………………………

*(imię i nazwisko) (funkcja powierzona przy realizacji zamówienia)*

1. …………………………………. pełniąca/y funkcję ……………………………………………………

(imię i nazwisko) (funkcja powierzona przy realizacji zamówienia)

1. …………………………………. pełniąca/y funkcję ……………………………………………………

*(imię i nazwisko) (funkcja powierzona przy realizacji zamówienia)*

1. …………………………………. pełniąca/y funkcję ……………………………………………………

*(imię i nazwisko) (funkcja powierzona przy realizacji zamówienia)*

1. …………………………………. pełniąca/y funkcję ……………………………………………………

*(imię i nazwisko) (funkcja powierzona przy realizacji zamówienia)*

które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia posiadają wymagane uprawnienia

……………………………………………………….

podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy