



### **Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że osoby skierowane do realizacji zamówienia na „**Usługi ochrony osób i mienia w Instytucie Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w likwidacji w Sosnowcu**” **Nr postępowania: DZP/1519/9/2020** są wpisane na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej.

W przypadku każdorazowej zmiany osoby zobowiązuję się dobierać personel w taki sposób, aby spełnić warunek przewidziany w Ogłoszeniu, dotyczący posiadania wpisu na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej dla osób skierowanych do realizacji zamówienia.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpisy osoby/osób uprawnionej/uprawnionych  
do reprezentowania Wykonawcy  
i składania oświadczeń woli w jego imieniu)