**Załącznik nr 5 do SWZ**

Znak sprawy: **ZFP.271.1.13.2025**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Gmina Wola Krzysztoporska** zwana dalej „Zamawiającym”

ul. Kościuszki 5, 97-371 Wola Krzysztoporska

**WYKONAWCA:**

…………………………………………

…………………………………………

…………………………………………

# OŚWIADCZENIE

Dotyczy realizacji zamówienia **„Dowóz uczniów do placówek specjalnych i integracyjnych”**

w zakresie Części ……. pn. ………………………………………..……………….

Informuję, że opiekunami uczniów w czasie realizacji zamówienia będzie/będą:

1. ………………………….………………………., nr telefonu ………………………………….

*(Imię i nazwisko)*

1. ………………………….………………………., nr telefonu ………………………………….

*(Imię i nazwisko)*

Oświadczam, że ww. osoby, spełniają wymagania Zamawiającego określone w SWZ tj. są pełnoletnie,  
w pełni sprawne oraz posiadają odpowiednie kwalifikacje, w tym m.in. przeszkolenie w zakresie przepisów BHP oraz w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

………………………………………

podpis