Załącznik nr 1A do Zapytania Ofertowego

**Oświadczenie wykonawcy:**

Wykonawca może wskazać ogólnodostępną bazę danych - w szczególności rejestr publiczny w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, z której Zamawiający samodzielnie może pobrać wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

**Oświadczam/y, że posiadam/y uprawnienia do wykonywania określonej działalności zawodowej objętej przedmiotem zamówienia** i posiadamy wpis **do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez właściwego Wojewodę,** zgodnie z art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z   
2025 r. poz. 450 z późn. zm.).

|  |
| --- |
| **Nr** księgi rejestrowej:……………………………….……… |

…

……………………………………..

***Podpis osoby uprawnionej***

***do reprezentowania Wykonawcy***

Załącznik nr 5 do Zapytania Ofertowego

**WYKAZ OSÓB** SKIEROWANYCH DO WYKONYWANIA ZAMÓWIENIA

Składając ofertę na: **Usługa zabezpieczenia medycznego działalności bieżącej, procesu szkolenia żołnierzy zawodowych jednostek i instytucji wojskowych**

**będących na zaopatrzeniu 15 WOG oraz innych przedsięwzięć**, wskazujemy następujące osoby, które będą uczestniczyły w realizacji usługi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr. części** | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie, uprawnienia, kwalifikacje zawodowe** |
|  | …………………………………………  Imię i nazwisko lekarza | **- tytuł zawodowy „Lekarz’’** potwierdzony dyplomem**,**  **-** posiadający prawo wykonywania zawodu lekarza**,** Nr: …………….. |
|  | …………………………………………  Imię i nazwisko lekarza | **- tytuł zawodowy „Lekarz’’** potwierdzony dyplomem,  **-** posiadający prawo wykonywania zawodu lekarza, Nr: ………………. |
|  | …………………………………………  Imię i nazwisko ratownika medycznego | **- tytuł zawodowy „Ratownik Medyczny**” potwierdzony dyplomem, |
|  | …………………………………………  Imię i nazwisko ratownika medycznego | **- tytuł zawodowy „Ratownik Medyczny**” potwierdzony dyplomem |
|  | …………………………………………  Imię i nazwisko kierowcy | **- Kierowca,** zezwolenie do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych nr: …………….. |
|  | …………………………………………  Imię i nazwisko kierowcy | **- Kierowca,** zezwolenie do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych Nr: …………….. |

***W razie konieczności oświadczenie powielić dla każdej z części postępowania.***

***UWAGA:*** *Wykonawca zobowiązany jest do przedłożenia wraz ofertą dokumentów potwierdzających uprawnienia i kwalifikacje osób wskazanych w wykazie.*

***Oświadczam/my, iż wyżej wskazane osoby posiadają wymagane prawem uprawnienia niezbędne do realizacji zamówienia.***

|  |
| --- |
|  |

(data i podpis osoby/ób uprawnionej/ych  
do reprezentacji wykonawcy)

Załącznik nr 6 do Zapytania Ofertowego

**WYKAZ POTENCJAŁU TECHNICZNEGO** dostępnego Wykonawcy usługi.

Oświadczamy, że w celu wykonania zamówienia pn. **Usługa zabezpieczenia medycznego działalności bieżącej, procesu szkolenia żołnierzy zawodowych jednostek i instytucji wojskowych będących na zaopatrzeniu 15 WOG oraz innych przedsięwzięć**, będziemy posiadać poniżej wskazany potencjał techniczny:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Lp.** | **Numer części** | **Marka pojazdu uprzywilejowanego  z wyposażeniem** | | **Numer rejestracyjny pojazdu**  Data ważności przeglądu technicznego | **Podstawa dysponowania**  **pojazdem** |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |

***UWAGA:*** *Wykonawca ma obowiązek wskazać w sposób jednoznaczny potwierdzenie warunków określonych w pkt 2 ppkt. 3) Zapytania Ofertowego*

***Należy wpisać właściwą podstawę dysponowania wskazanym pojazdem****, np. dysponowanie bezpośrednie – własność Wykonawcy lub inne np. najem, dzierżawa.*

Oświadczam/my, iż wyżej wskazane środki transportu odpowiadają warunkom technicznym oraz są oznakowane zgodnie z obowiązującymi przepisami. Wszystkie pojazdy posiadają ważny przegląd techniczny**.**

|  |
| --- |
|  |

(data i podpis osoby/ób uprawnionej/ych  
do reprezentacji wykonawcy)