

....., dnia2023 r

OŚWIADCZENIE

Dane oferenta:

Nazwa:

.....

Adres siedziby:

.....

Telefon/ faks: Adres e-mail:

NIP: REGON:

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że:

Ubiegając się o udzielenie zamówienia na usługę utrzymania niezakłóconego działania Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) w Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie oświadczam, że spełniam warunek udziału w postępowaniu ofertowym o którym mowa w rozdziale IV ust. 1 tj. Wykonywałem/łam w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy- w tym okresie, przez min. 1 rok usługę polegającą na utrzymaniu niezakłóconego działania Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM).

.....

(Data, czytelny podpis lub imienna pieczęć
upoważnionego przedstawiciela Oferenta)