*Załącznik nr 2 do SWZ*

*ZP/10/2023*

**Wykonawca: Zamawiający:**

…………………………………………… 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ

…………………………………………… 45-759 Opole, ul. Wróblewskiego 46

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

OŚWIADCZENIE O PRZEDMIOCIE ZAMÓWIENIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Transport sanitarny, nr postępowania ZP/10/2023,** oświadczamy, że dysponujemy lub będziemy dysponować pojazdami uprzywilejowanymi, przeznaczonymi do realizacji zamówienia, spełniającymi wymagania zgodnie z międzynarodową nomenklaturą klas (A1, A2, B, C) - przywoływane w ślad za dyspozycją art. 36 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2023 poz. 1541 ze zm.), zgodne z Polska Normą PN-EN 1789 oraz PN-EN 1789+A2:2015 ważne przez cały okres trwania umowy oraz odpowiadają wymaganiom określonym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2023r. poz. 991 t.j.) i zobowiązujemy się do przedstawienia dokumentów potwierdzających spełnienie w/w wymagań na każde wezwanie Zamawiającego.

Na żądanie Zamawiającego, w trakcie realizacji umowy, udostępnimy aktualne, wymaganie przepisami prawa dokumenty w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania pisemnego wezwania, pod rygorem możliwości naliczenia kar umownych i możliwości odstąpienia od umowy.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………..…, dnia ………….………

…............................................

podpis osoby/osób uprawnionych   
 do reprezentacji Wykonawcy

lub pełnomocnika1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty