**PZS/TP/18/2024**

Załącznik nr 7 do SWZ

………………………………… ………………………………….

(wykonawca) (miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIE**

Przystępując do udziału w postępowaniu w trybie zamówienia klasycznego na „**Świadczenie usług transportu medycznego dla Powiatowego Zespołu Szpitali**” **– PZS/TP/18/2024**, niniejszym oświadczam, że osoby odpowiedzialne za kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi oraz wykwalifikowany personel spełniają wymagania określone w obowiązujących przepisach prawa, co gwarantuje wykonanie usług z należytą starannością. Przy podpisaniu umowy przedstawię skład zespołów, a każda zmiana w składzie będzie niezwłocznie aktualizowana.

…………………………………….

podpis