Załącznik nr 3

do zapytania ofertowego

DPS/NT/11/ZA/2020

NT.271.14.2020.MR

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU WYMAGANYCH UPRAWNIEŃ

Nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy……………………………………………………………………………

Przedmiot zamówienia:

***„wykonanie usługi odbioru, transportu i utylizacji odpadów gastronomicznych dla Domu Pomocy Społecznej przy ul. Szpitalnej 3 w Ząbkowicach Śl. w 2021 roku”***

1. Oświadczamy, że osoby wykazane w załączniku nr 2, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia zawodowe w zakresie:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. Na potwierdzenie posiadania uprawnień w zakresie jw. należy dołączyć do załącznika nr 2

ksero uprawnień za zgodność z oryginałem

…………………………………..…..

(miejscowość, data)

…………………………………..

(podpis z pieczątką imienną ,

lub podpis czytelny osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy)