**Sprawa nr 10/ZP/2020 *Załącznik nr 8***

**Zamawiający:**

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi ul. Kopcińskiego 22, 90-153 Łódź

**Wykonawca:**

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

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

reprezentowany przez:

……………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Wykaz dot. kwalifikacji osób odpowiedzialnych za realizację przedmiotu zamówienia**

Oświadczamy, iż osoby które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia / przygotowanie zawodowe.

Kwalifikacje zawodowe kierowców, sanitariuszy, ratowników, pielęgniarek, lekarzy (liczba osób,

kwalifikacje, specjalizacje, uprawnienia, itp.):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Oświadczamy, że osoby które będą zatrudnione na stanowiskach kierowców posiadają:

a) przeszkolenie z zakresu pierwszej pomocy lub inne kwalifikacje uprawniające do udzielania pierwszej pomocy,

b) ukończony 21 rok życia,

c) zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań, zgodnie z ustawą Prawa o ruchu drogowym, do kierowania określonymi pojazdami uprzywilejowanymi.

d) prawo jazdy uprawniające do kierowania pojazdami, które będą używane do realizacji umowy.

Informujemy, iż przedstawimy stosowne dokumenty na każdorazowe żądanie Zamawiającego.

………………… (miejscowość), dnia ……………… r.

…………………………………………

(podpis)