**Załącznik nr 8 do SWZ**

**Nr sprawy 44 /U/22**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Wykonawca (pełna nazwa/firma)*** |  |
| ***Adres Wykonawcy*** |  |
| ***NIP/PESEL (w zależności od podmiotu)*** |  |
| ***KRS/CEiDG*** |  |
| ***Reprezentowany przez (imię,nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*** |  |

**OŚWIADCZENIE**

***Oświadczam, iż posiadam:* upoważnienia podmiotu przez wytwórcę na wykonywanie czynności serwisowych dla danego typu sprzętu lub aparatury medycznej\***

**autoryzację producenta\***

**certyfikaty szkoleń u producenta pozwalające na wykonywanie czynności serwisowych\***

**świadectwa kwalifikacyjne SEP z uprawnieniami do wykonywania prac kontrolno-pomiarowych\***

*\*Niepotrzebne skreślić*