

Pełna nazwa Wykonawcy

.....

Dokładny adres Wykonawcy

.....

NIP

.....

REGON

.....

TEL FAX

e-mail.....

.....

GMINA STRAWCZYN

OŚWIADCZENIE

Oświadczam(my), że osoby wyszczególnione w wykazie osób stanowiący załącznik nr 4 do niniejszej SWIZ, posiadają wymagane kwalifikacje (uprawnienia) do zrealizowania przedmiotu zamówienia.

.....

data

.....

Podpis osoby upoważnionej