**MED/465/2024**

**Załącznik nr 10 do SWZ**

………………………………… ………………………….

(pieczęć, pełna nazwa Wykonawcy) (miejscowość, data)

*OŚWIADCZENIE WYKONAWCY*

*DOT. POSIADANYCH UPRAWNIEŃ DO REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA*

Oświadczam iż dysponuję personelem medycznym posiadający odpowiednie kwalifikacje   
i uprawnienia zawodowe określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej   
z dn. 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, oraz orzeczeń lekarskich wydawanych   
do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (t.j. Dz. U. 2023 r., poz. 607 z późn. zmian.)   
do realizacji 100% zawartych w przedmiocie zamówienia procedur,

w tym również oświadczam iż nw. lekarze :

1. ………………………………………………………………………………………

(imię, nazwisko, specjalizacja)

1. ……………………………………………………………………………………….

(imię, nazwisko, specjalizacja)

3.

.

.

.

Są wpisani w Rejestrze Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy dot. lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników -   
art.9 ust. 2 Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy   
[t. j. Dz. U. z 2022 r., poz. 437].

……………………………………………………….

Imię, nazwisko, podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy