



PROGRAM REGIONALNY
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



Załącznik nr 6 do siwz

.....
(pieczęć wykonawcy)

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU UPRAWNIENÍ

Ja (My), niżej podpisany (ni)
działając w imieniu i na rzecz :

.....
(pełna nazwa wykonawcy)

.....
(adres siedziby wykonawcy)

w odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na:

„Oznakowanie i zagospodarowanie ścieżek zdrowia w Puszczy Wkrzańskiej i Bukowej”

oświadczam(my), że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia (wymienione w załączniku nr 5 do siwz), posiadają wymagane uprawnienia.

....., dn.

.....
(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy, w przypadku oferty wspólnej-
podpis pełnomocnika wykonawców)