

Załącznik nr .....do umowy nr .....

**Odbiorca:**

Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie  
ul. Niepodległości 44  
10-045 Olsztyn

**Wykonawca:**

.....  
.....

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

Przedstawiciel Wykonawcy:

.....  
.....

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że wszyscy pracownicy przewidziani do wykonywania prac na terenie Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie posiadają aktualne szkolenia BHP, badania lekarskie dopuszczające ich do prac na danym stanowisku pracy oraz odpowiednie uprawnienia do wykonywania tych prac.

.....

*(miejsowość, data)*