**Załącznik nr 2**

do zapytania ofertowego

dot. naboru lekarza/y

do przeprowadzania kontroli
w zakresie wynikającym z ustawy

o kierujących pojazdami

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WYMOGÓW DOTYCZĄCYCH „UPRAWNIONEGO LEKARZA”, ZGODNIE Z USTAWĄ
O KIERUJĄCYCH POJAZDAMI I NUMERZE WPISU DO EWIDENCJI UPRAWNIONYCH LEKARZY PROWADZONEJ PRZEZ WŁAŚCIWEGO MARSZAŁKA**

Oświadczam, że spełniam wymogi formalne stawiane w zapytaniu ofertowym w części
V. *Warunki udziału w postępowaniu* pkt 1, co potwierdza wpis do *Ewidencji uprawnionych lekarzy* prowadzonej przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego pod numerem ………………………….

……………………… …………………….

 *(miejscowość, data ) (czytelny podpis Wykonawcy)*