Załącznik nr ……..

**Wykonawca:** …………………………………………………………

 (czytelna nazwa i adres wykonawcy)

OŚWIADCZENIE

**Dotyczy Szkolenie z zakresu z zakresu Combat Life Saver (TCCC - CLS) certyfikowany przez NAEMT dla funkcjonariuszy Komendy Wojewódzkiej Policji w Bydgoszczy**

Oświadczam, że:

1. Wykonawca **spełnia warunki** udziału w postępowaniu w zakresie określonym przez Zamawiającego tj.:
	1. Przeszkolił w okresie ostatnich 3 lat – a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, co najmniej 100 osób w zakresie Tactical Combat Casualty Care (TCCC).
	2. Wykonawca przeszkolił w okresie ostatnich 3 lat – a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, co najmniej 40 osób pracujących w Pododdziałach Kontrterrorystycznych Policji w zakresie TCCC/CLS.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj szkolenia | Ilość uczestników | Data zakończenia szkolenia |
| 1 | Tactical Combat Casualty Care (TCCC)  |  |  |
|  | Tactical Combat Casualty Care (TCCC)  |  |  |
|  | Tactical Combat Casualty Care (TCCC)  |  |  |
| 2 | Tactical Combat Casualty Care (TCCC)/ Combat Life Saver (CLS) dla pododdziałów kontrterrorystycznych  |  |  |
|  | Tactical Combat Casualty Care (TCCC)/ Combat Life Saver (CLS) dla pododdziałów kontrterrorystycznych  |  |  |
|  | Tactical Combat Casualty Care (TCCC)/ Combat Life Saver (CLS) dla pododdziałów kontrterrorystycznych  |  |  |

1. Zleceniobiorca skieruje do przeprowadzenia szkolenia następującego instruktora: ………………………………………………………………………

(imię i nazwisko instruktora zgodnie z wykazem złożonym przez wykonawcę), który posiada posiadający uprawnienia instruktorskie TCCC USA – NAEMT.

1. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

Podpis wykonawcy