*Załącznik Nr 4 do SWZ*

# Oświadczenie na temat wykształcenia i kwalifikacji zawodowych Wykonawcy

**Wykonawca:**

…………………………………………………

Dane Wykonawcy

Zamawiający:

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności

ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica

Dotyczy postępowania pn. „Usługa archiwizacji, uporządkowania i digitalizacji dokumentacji”

Oświadczam, że:

1. osoby, które skieruję do realizacji niniejszego zamówienia:

będą dysponować\*

NIE będą dysponować\*

odpowiednim wykształceniem, wiedzą i umiejętnościami niezbędnymi do prawidłowego wykonania usługi.

1. W zakresie sytuacji ekonomicznej lub finansowej:

spełniam\*

NIE spełniam\*

warunek udziału w niniejszym postępowaniu określony w SWZ przez Zamawijącego.

Panel podpisu elektronicznego:

…………….........................., dn. \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ \_ \_r.

……………….................................................

ELEKTRONICZNY PODPIS WYKONAWCY lub osoby

uprawnionej do składania oświadczeń woli

w imieniu Wykonawcy, w postaci:

- kwalifikowanego podpisu elektronicznego,

- **LUB** podpisu zaufanego,

- **LUB** podpisu osobistego e-dowód.

**\*Należy wybrać właściwe i zaznaczyć**