**Załącznik Nr 8 do SWZ**

………………………………………….….……....………..

………………………………………………..…….………..

……………………………………………..……….………..

 Nazwa i adres Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE**

**O POSIADANIU OSÓB ZDOLNYCH DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

**dotyczy: Świadczenie usług żywieniowych dla pacjentów Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. – Szpitale w Malborku i Nowym Dworze Gdańskim, nr sprawy: PCZ.ZP.17/2022**

**Oświadczam, że posiadam** osoby zdolne do wykonania zamówienia, w szczególności - dietetyka posiadającego kwalifikacje zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r.
w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy
w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

…………………………………………………

*Data i podpis elektroniczny Wykonawcy*