

**Załącznik nr 3 do SWZ**

Nazwa Wykonawcy .....

.....

Adres Wykonawcy .....

.....

**OŚWIADCZENIE O WPISIE DO REJESTRU JEDNOSTEK PODSTAWOWYCH SŁUŻBY  
MEDYCYNY PRACY**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest świadczenie usług z zakresu medycyny pracy dla Urzędu Pracy Powiatu Olsztyńskiego i Miejskiego Urzędu Pracy w Olsztynie oświadczam , że podmiot, który reprezentuję/my/ posiada wpis do

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

( podać nazwę wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy oraz numer pod którym dokonano wpisu do rejestru )

.....  
( miejscowość, data )

.....  
(podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w  
imieniu wykonawcy )