**Załącznik nr 5. Oświadczenie o dysponowaniu**

**osobami zdolnymi do wykonania**

**zamówienia**

Wykonawca:

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

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

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

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko/podstawa do reprezentacji)*

W związku z ubieganiem się o wykonanie w okresie od dnia 18.10.2021 roku do 05.11.2021 roku usług obejmujących prace z zakresu chirurgii drzew, przy użyciu bezinwazyjnych metod wspinaczkowych, zagrażających osobom przebywającym na szlakach turystycznych, ścieżkach przyrodniczych, przy obiektach edukacyjnych, gruntach własności prywatnej w ekosystemach leśnych Świętokrzyskiego Parku Narodowego

Oświadczam,

że spełniam warunki udziału w postępowaniu w zakresie dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia zgodnie z warunkami postawionymi w pkt. 2.6 ogłoszenia o zapytaniu ofertowym z dnia 07.09.2021r. dotyczącym prac z zakresu chirurgii drzew, przy użyciu bezinwazyjnych metod wspinaczkowych w ekosystemach leśnych ŚPN.

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

Miejscowość / data Podpis i pieczęć oferenta