

.....dnia

Zgodnie z wymogami Zamawiającego określonymi w SIWZ dotyczącymi złożenia oferty na:

„Zakup świadczeń medycznych dla pracowników PTS „Betrans” sp. z o.o.”,

Ja/my niżej podpisany/i

.....

.....

działając w imieniu i na rzecz: (nazwa/firma dokładny adres Wykonawcy)

.....

.....

.....

OŚWIADCZAMY, ŻE:

1. Posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania Zamówienia, co potwierdzamy złożeniem, jako załączniki do oferty, minimum trzech referencji od podmiotów zatrudniających min. 1000 osób.

.....

(podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów lub
upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy)

Przedsiębiorstwo Transportowo - Sprzętowe „Betrans” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Wojska Polskiego 73, 97-400 Bełchatów, skr. poczt. 98, tel: + 48 44 737 72 00 fax: +48 44 737 72 01

Oddział Eltur-Trans z siedzibą w Bogatyni
ul. Transportowa 3, 59-916 Bogatynia, tel: +48 75 772 37 01 fax: +48 75 772 37 37

Oddział Rogowiec z siedzibą w Rogowcu
Rogowiec, ul. Instalacyjna 20, 97-400 Bełchatów, skr. poczt. 98, tel. +48 44 735 16 06 fax: + 48 44 735 16 24