PZ.271.10.2015

Załącznik Nr 9

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

*(miejscowość, data)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY ŚWIADCZĄCE O POSIADANIU PRZEZ KIEROWCÓW: WAŻNEGO ORZECZENIA LEKARSKIEGO STWIERDZAJĄCEGO BRAK PRZECIWWSKAZAŃ DO WYKONYWANIA PRACY NA STANOWISKU KIEROWCY, WAŻNEGO ORZECZENIA PSYCHOLOGICZNEGO STWIERDZAJĄCEGO BRAK PRZECIWWSKAZAŃ PSYCHOLOGICZNYCH DO WYKONYWANIA PRACY NA STANOWISKU KIEROWCY, WAŻNE ZAŚWIADCZENIE O UKOŃCZENIU KURSU DOKSZTAŁCAJĄCEGO W ZAKRESIE PRZEWOZU OSÓB**

Nazwa wykonawcy:...........................................................................................................

adres:..................................................................................................................................

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

NIP ....................................REGON .................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **IMIĘ I NAZWISKO KIEROWCY** | **NR I/LUB DATA WYDANIA ORZECZENIA LEKARSKIEGO STWIERDZAJĄCEGO BRAK PRZECIWWSKAZAŃ DO WYKONYWANIA PRACY NA STANOWISKU KIEROWCY** | **NR I/LUB DATA WYDANIA ORZECZENIA PSYCHOLOGICZNEGO STWIERDZAJĄCEGO BRAK PRZECIWWSKAZAŃ PSYCHOLOGICZNYCH DO WYKONYWANIA PRACY NA STANOWISKU KIEROWCY** | **NR I/LUB DATA WYDANIA ZAŚWIADCZENIE O UKOŃCZENIU KURSU DOKSZTAŁCAJĄCEGO W ZAKRESIE PRZEWOZU OSÓB** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Oświadczamy, że wyżej wymienieni kierowcy posiadają ważne orzeczenia lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku kierowcy, ważne orzeczenia psychologiczne stwierdzające brak przeciwwskazań psychologicznych do wykonywania pracy na stanowisku kierowcy, ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu dokształcającego w zakresie przewozu osób.

.......................................................... ........................................................... *(miejscowość data)* *(czytelny podpis osoby upoważnionej)*