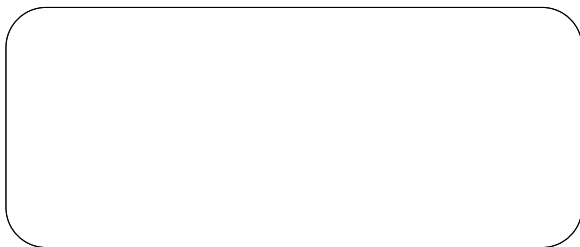


Dotyczy przetargu nieograniczonego dla zamówienia pn.: „Kompleksowe ubezpieczenia majątkowe wraz z odpowiedzialnością cywilną, ubezpieczenia komunikacyjne oraz ubezpieczenie członków ochotniczych straży pożarnych” dla Gminy i Miasta Czerwionka-Leszczyny numer sprawy 2505/2014



### Oświadczenie o placówkach i osobach

Oświadczamy, że niżej wymienione placówki i osoby będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialne za świadczenie usług, wraz z informacją na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności, oraz informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami

**Warunek dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia zostanie spełniony, jeżeli Wykonawca będzie dysponował:**

**\*do części nr I** - ( co najmniej jednym pracownikiem sprzedażowym, uprawnionym do wystawiania polis i co najmniej dwoma pracownikami w zakresie likwidacji szkód – do ubezpieczeń majątkowych i odpowiedzialności cywilnej ,)

**\*do części nr II** - ( co najmniej jednym pracownikiem sprzedażowym, uprawnionym do wystawiania polis i co najmniej jednym pracownikiem w zakresie likwidacji szkód – do ubezpieczeń komunikacyjnych).

**\*do części nr III** - ( co najmniej jednym pracownikiem sprzedażowym, uprawnionym do wystawiania polis i co najmniej jednym pracownikiem w zakresie likwidacji szkód – do ubezpieczeń członków ochotniczej straży pożarnej)

**\*Do części nr I:**

#### **PLACÓWKA ODPOWIEDZIALNA ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA**

Pełna nazwa .....

.....

Adres .....

Numery telefonów kontaktowych .....

Numery faksów .....

E-mail:.....

Data:  
Podpis:  
Pieczęćka imienna  
Nr strony

**OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIANIA POLIS**

Imię i Nazwisko: .....

Wykształcenie/kwalifikacje zawodowe (zakres nadanych uprawnień, numer świadectwa):.....

Doświadczenie: .....

Zakres wykonywanych czynności:.....

Informacja o podstawie do dysponowania osobą:.....

Tel. ....e-mail:.....

**PLACÓWKA OBSŁUGUJĄCA LIKWIDACJĘ SZKÓD**

Pełna nazwa .....

.....

Adres .....

Numery telefonów kontaktowych .....

Numery faksów .....

E-mail:.....

**OSOBY UPRAWNIONE DO LIKWIDACJI SZKÓD**

Imię i Nazwisko: .....

Wykształcenie/kwalifikacje zawodowe (zakres nadanych uprawnień, numer świadectwa):.....

Doświadczenie: .....

Zakres wykonywanych czynności:.....

Informacja o podstawie do dysponowania osobą:.....

Tel. ....e-mail:.....

Imię i Nazwisko: .....

Wykształcenie/kwalifikacje zawodowe (zakres nadanych uprawnień, numer świadectwa):.....

Doświadczenie: .....

Zakres wykonywanych czynności:.....

Informacja o podstawie do dysponowania osobą:.....

Tel. ....e-mail:.....

**Do części nr II:**

**PLACÓWKA ODPOWIEDZIALNA ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA**

Pełna nazwa .....

.....

Adres .....

Numery telefonów kontaktowych .....

Numery faksów .....

E-mail:.....

**OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIANIA POLIS**

Imię i Nazwisko: .....

Wykształcenie/kwalifikacje zawodowe (zakres nadanych uprawnień, numer świadectwa):.....

Doświadczenie: .....

Zakres wykonywanych czynności:.....

Informacja o podstawie do dysponowania osobą:.....

Tel. ....e-mail:.....

**PLACÓWKA OBSŁUGUJĄCA LIKWIDACJĘ SZKÓD**

Pełna nazwa .....

.....

Adres .....

Numery telefonów kontaktowych .....

Numery faksów .....

E-mail:.....

**OSOBA UPRAWNIONA DO LIKWIDACJI SZKÓD**

Imię i Nazwisko: .....

Wykształcenie/kwalifikacje zawodowe (zakres nadanych uprawnień, numer świadectwa):.....

Doświadczenie: .....

Zakres wykonywanych czynności:.....

Informacja o podstawie do dysponowania osobą:.....

Tel. ....e-mail:.....

Data:  
Podpis:  
Pieczęćka imienna  
Nr strony

**Do części nr III:**

**PLACÓWKA ODPOWIEDZIALNA ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA**

Pełna nazwa .....

.....

Adres .....

Numery telefonów kontaktowych .....

Numery faksów .....

E-mail:.....

**OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIANIA POLIS**

Imię i Nazwisko: .....

Wykształcenie/kwalifikacje zawodowe (zakres nadanych uprawnień, numer świadectwa):.....

Doświadczenie: .....

Zakres wykonywanych czynności:.....

Informacja o podstawie do dysponowania osobą:.....

Tel. ....e-mail:.....

**PLACÓWKA OBSŁUGUJĄCA LIKWIDACJĘ SZKÓD**

Pełna nazwa .....

.....

Adres .....

Numery telefonów kontaktowych .....

Numery faksów .....

E-mail:.....

**OSOBA UPRAWNIONA DO LIKWIDACJI SZKÓD**

Imię i Nazwisko: .....

Wykształcenie/kwalifikacje zawodowe (zakres nadanych uprawnień, numer świadectwa):.....

Doświadczenie: .....

Zakres wykonywanych czynności:.....

Informacja o podstawie do dysponowania osobą:.....

Tel. ....e-mail:.....

Jednocześnie oświadczamy, iż osoby wskazane powyżej zapoznały się z odstępstwami od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia i wszystkimi zapisami w składanej ofercie.

Każdorazowa zmiana osoby wymienionej w niniejszym wykazie, wymaga pisemnego poinformowania pełnomocnika Zamawiającego – Kancelaria Brokerska KAPITAŁ Sp. z o.o.

.....  
(miejscowość i data)

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

\*niepotrzebne skreślić

**Uwaga:** Wykonawca może polegać na zasobach innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków.

Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając (dołączając do oferty) w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia.