

.....
.....
.....
.....
(nazwa i adres Wykonawcy)

.....
(miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Przystępując do postępowania na świadczenie usług w zakresie wykonywania okresowych przeglądów technicznych i konserwacji oraz naprawy aparatury i sprzętu medycznego znajdujących się w SP ZOZ Oborniki prowadzonego w trybie Zapytania Ofertowego bez stosowania przepisów ustawy Pzp w imieniu Wykonawcy wskazanego powyżej:

OŚWIADCZAM, że:

- 1) zaoferowany asortyment spełnia wymagania określone w zapytaniu ofertowym
- 2) spełniam warunki udziału w postępowaniu zgodnie z wymogami SWZO;
- 2) dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
- 3) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
- 4) nie wydano wobec mnie prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)