

.....
(pieczęć Wykonawcy)

O Ś W I A D C Z E N I E
WYKONAWCY O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W
POSTĘPOWANIU

nazwa.....

adres

Oświadczam że Wykonawca przeze mnie reprezentowany spełnia warunki udziału w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia, określone w szczegółowym opisie warunków udzielenia zamówienia „**Wyposażenie w sprzęt medyczny Hospicjum Sosnowieckiego im. św. Tomasza Ap. w ramach realizacji projektu pn: „Razem możemy lepiej – program wsparcia dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów”, współfinansowanego ze środków EFS RPO WSL 2014-2020.**”

a zatem:

- 1) posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
- 2) posiada wiedzę i doświadczenie;
- 3) dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
- 4) znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniających wykonanie zamówienia.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kk.

....., data

Miejscowość

.....
Podpis wraz z pieczęcią osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy