**Załącznik Nr 3 do Zapytania ofertowego 09/2020/EFS/9.2.5**

……………………………………………

miejscowość, data

Nazwa/imię i nazwisko: ………………………………………………..

Adres: ………………………………………………..

NIP: ………………………………………………..

REGON: ………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE**

**o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu**

Ja, niżej podpisana/yprzystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia pn. ***Sukcesywna dostawa wyrobów medycznych, środków leczniczych i leków do Apteki w Hospicjum Sosnowieckim im. św. Tomasza Ap. w ramach realizacji projektu pn: „Niesprawność nie musi być barierą – kompleksowe działania opiekuńcze dla osób 60+”***  ***współfinansowanego ze środków EFS RPO WSL 2014-2020***

oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj:

1. posiadam uprawnienia do wykonywania działalności polegającej na zaopatrzeniu w wyroby medyczne/produkty medyczne/leki opisane w SOWUZ.
2. Posiadam zdolność finansową , techniczną i zawodową do wykonania usługi opisanej w zamówieniu ofertowym.
3. W świetle przepisów Prawa Farmaceutycznego mogę dostarczać przedmiot Zamówienia do apteki szpitalnej w Hospicjum.

………………………………..………………….……

Podpis oferenta lub osoby upoważnionej/

 osób upoważnionych do reprezentowania oferenta