

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

.....
miejsowość, data

Nazwa/imię i nazwisko:
Adres:
NIP:
REGON:

OŚWIADCZENIE o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu

Ja, niżej podpisana/y przystępując 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