**Załącznik Nr 2 do Zapytania ofertowego 03/EFS 9.2.1/2023**

……………………………………………

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 dotyczącego odbioru i utylizacji odpadów medycznych, oświadczam, że:

spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj:

1. posiadam uprawnienia do wykonywania działalności polegającej na wykonaniu usługi odbioru i utylizacji odpadów medycznych,
2. posiadam zdolność techniczną i zawodową do wykonania usługi opisanej w zamówieniu ofertowym,
3. dysponuję odpowiednimi zasobami technicznymi niezbędnymi do odbioru odpadów medycznych,
4. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

………………………………..………………….……

Podpis oferenta lub osoby upoważnionej/

 osób upoważnionych do reprezentowania oferenta