

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

.....
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 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