**ZAŁĄCZNIK NR 3 do SOWUZ**

**Zapytanie nr 02/2023/EFS/9.2.6**

...............................................

 *(pieczęć Wykonawcy)*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**WYKONAWCY O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

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: "Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w powiecie M. Sosnowiec" 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