

## Załącznik Nr 5 do Zapytania ofertowego 02/H/2024

.....  
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 PRODUKTÓW LECZNICZYCH, PRODUKTÓW DO ŻYWIENIA PN I EN, WYROBÓW MEDYCZNYCH ORAZ DEZYNFEKCJI DO DZIAŁU FARMACJI W HOSPICJUM SOSNOWIECKIM IM. ŚW. TOMASZA AP.

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 ZAPYTANIU.
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