**Załącznik Nr 3 do Zapytania ofertowego 03/H/2024**

……………………………………………

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 pn. SUKCESYWNA DOSTAWA PRODUKTÓW LECZNICZYCH 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