

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

nazwa (firma) i adres Wykonawcy

Niniejszym oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na: zakup i dostawę sprzętu medycznego, znak sprawy: DAT/ZP – PN/09/10 tj.:

- 1) posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
- 2) posiadania wiedzy i doświadczenia;
- 3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
- 4) sytuacji ekonomicznej i finansowej.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 kk

---

*(miejsowość, data)*

---

*(Podpis i pieczęć upoważnionego  
przedstawiciela WYKONAWCY)*