

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

nazwa (firma) i adres Wykonawcy

Niniejszym oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na: zakup i dostawę narzędzi chirurgicznych oraz aparatu kriochirurgicznego, znak sprawy: DAT/ZP – PN/10/10 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)*