

Załącznik nr 2
Zapytanie ofertowe znak 13/ZO/ZPU/16

Nazwa i adres Wykonawcy

Szpital Miejski w Zabrzu Sp. z o.o.
ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze

DOTYCZY: Zapytanie ofertowe znak 13/ZO/ZPU/16

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Wykonawca oświadcza, że

- posiada uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania, a także wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

Na każde żądanie Zamawiającego Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć dokumenty potwierdzające że;

- posiada uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy