

.....dnia.....

Załącznik nr 2  
Zapytanie ofertowe znak 17/ZO/ZPU/16  
na świadczenie usług pocztowych

Nazwa i adres Wykonawcy

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

**DOTYCZY: Zapytanie ofertowe znak 17/ZO/ZPU/16**

### **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Wykonawca oświadcza, że

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