

....., dnia.....

Załącznik nr 2
Zapytanie ofertowe znak 13/ZO/ZPU/17

Nazwa i adres Wykonawcy

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

DOTYCZY: Zapytanie ofertowe znak 13/ZO/ZPU/17

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

1. Oświadczam, iż:
 - 1.1. nie podlegam wykluczeniu w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. 2015 poz. 2164 z późn. zm.)
 - 1.2. spełniam warunki udziału w postępowaniu dotyczące:
 - 1.2.1. kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów,
 - 1.2.2. sytuacji ekonomicznej lub finansowej.
2. Oświadczam, iż na każde żądanie Zamawiającego zobowiązuję się dostarczyć dokumenty potwierdzające spełnienie ww. warunków.

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