

.....dnia.....

Załącznik nr 2

Zapytanie ofertowe znak 04/ZO/ZPU/18

Nazwa i adres Wykonawcy

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

DOTYCZY: Zapytanie ofertowe znak 04/ZO/ZPU/18

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Oświadczam, iż:

- nie podlegam wykluczeniu w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych
- spełniam warunki udziału w postępowaniu.

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