|  |  |
| --- | --- |
|   | **Gmina Stara Kamienica****58-512 Stara Kamienica nr 41** |

Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w zapytaniu ofertowym

**ZAMAWIAJĄCY:**

***Gmina Stara Kamienica***

* 1. ***Stara Kamienica 41***

WYKONAWCA:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **lp.** | **nazwa(y) wykonawcy(ów)** | **adres(y) wykonawcy(ów)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**O Ś W I A D C Z A M (Y), Ż E:**

1. spełniam(y) warunki udziału w zapytaniu ofertowym pn.

***„Wyposażenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej w sprzęt i aparaturę medyczną”***

**2**- posiadam(y) uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zapytaniem ofertowym,

**3**- posiadam(my) wiedzę i doświadczenie,

**4-** dysponuje(my) odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zadania,

**5-** znajduję(emy) się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia i/lub posiadam(my) pisemne zobowiązanie innych podmiotów do oddania mi(nam) do dyspozycji niezbędnych zasobów w zakresie: **\***

|  |  |
| --- | --- |
| - **\*** wiedzy i doświadczenia, | - **\*** potencjału technicznego, |
| - **\*** osób zdolnych do wykonania zamówienia, | - **\*** zdolności finansowych, |

na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia

**PODPIS(Y):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nazwa(y) wykonawcy(ów) [pieczęć(cie) Wykonawc(ów)] |  | nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszego oświadczenia w imieniu Wykonawcy(ów)  |  | podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszego oświadczenia w imieniu Wykonawcy(ów) |  | miejscowość i data |

**\*** - niepotrzebne skreślić