Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej
32-700 Bochnia, ul. Floris 16 tel. 14-612-44-67; 14-611-70-28; fax: 14-611-63-11
Oznaczenie sprawy : 14 /ZP/SPMZOZ/2016

Załącznik Nr 2 do SIWZ

……..
pieczątka firmowa

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Działając w imieniu firmy:

Nazwa : ……..
……
adres ……

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego (oznaczenie sprawy 14/ZP/SPMZOZ/2016) na

zakup i dostawę

SZCZEPIONEK

dla

SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO MIEJSKIEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
32 – 700 BOCHNIA, Floris 16

Oświadczam(y), że:

Spełniam(y) warunki udziału w postępowaniu zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015r. poz. 2164 z późn. zm.) dotyczące:

1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2) posiadania wiedzy i doświadczenia;
3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4) sytuacji ekonomicznej i finansowej.

…… dnia ……2016r.
(miejscowość)

……
podpis osób/ y uprawnionych do składania oświadczeń woli