Znak sprawy: ZP 9/2015 *Załącznik Nr 3 do SIWZ*

„Oświadczenie Wykonawcy”

Nazwa
firmy .....
.....
Adres .....
.
.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
.....

Niniejszym oświadczam, że podmiot który reprezentuję /reprezentujemy spełnia wszystkie warunki udziału w postępowaniu o których mowa w art. 22 ust. 1 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych z dnia 29 stycznia 2004 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. Poz. 907 z późn. zm.) dotyczące:

a) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania:
b) posiadania wiedzy i doświadczenia,
c) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
d) sytuacji ekonomicznej i finansowej.

_____ _____

miejsce i data *podpis*

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ
Dział Organizacyjny
Os. Na Skarpie 66, 31- 913 Kraków
Tel. (0-12) 622-94-87, Fax: (0-12) 644 – 47 – 56
e-mail: zpubl@interia .pl