



(Pieczęć nagłówkowa Wykonawcy)

**Wojewódzki Szpital im. Zofii  
z Zamoyskich Tarnowskiej  
w Tarnobrzegu  
ul. Szpitalna 1  
39-400 Tarnobrzeg**

**OŚWIADCZENIE**

**MY, NIŻEJ PODPISANI**

.....  
.....  
.....

działając w imieniu i na rzecz

.....  
.....  
.....

(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)

**oświadczamy, że spełniamy warunki 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.

Upelnomocniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....  
(podpis Wykonawcy)

..... dnia ..... 20... roku