

## Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

Wykonawca  
(imię i nazwisko,  
nazwa podmiotu): \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

W imieniu Wykonawcy oświadczam, że zapoznałam/-em się z warunkami Zapytania ofertowego nr 3/0465/2020 ogłoszonego przez **N.Z.O.Z. Centrum Stomatologii Rodzinnej, Wspólnik spółki cywilnej "Nasze Zdrowie", wspólnik spółki jawnej MEDICAL CLINIC PODHALE Michał Szczepaniak Ul. Nowotarska 294 34-431 Waksmund NIP: 775 240 93 56** i akceptuję ich treść.

Oświadczam, że Wykonawca spełnia warunki, o których mowa w treści Zapytania ofertowego nr 3/0465/2020 ogłoszonego przez **N.Z.O.Z. Centrum Stomatologii Rodzinnej, Wspólnik spółki cywilnej "Nasze Zdrowie", wspólnik spółki jawnej MEDICAL CLINIC PODHALE Michał Szczepaniak Ul. Nowotarska 294 34-431 Waksmund NIP: 775 240 93 56**:

- a) posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień do wykonania zamówienia,
- b) posiada odpowiednią wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia,
- c) dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
- d) znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia,
- e) nie jest wobec niego prowadzone postępowanie likwidacyjne lub upadłościowe, ani upadłości nie ogłoszono.

-----  
miejsowość, data

-----  
Pieczęć i czytelny podpis Oferenta