

Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

Wykonawca
(imię i nazwisko,
nazwa podmiotu):

Adres:

W imieniu Wykonawcy oświadczam, że zapoznałam/-em się z warunkami rozeznania rynku 1/0001/2020/PP ogłoszonego przez **N.Z.O.Z. Centrum Stomatologii Rodzinnej, 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 rozeznania rynku 1/0001/2020/PP ogłoszonego przez **N.Z.O.Z. Centrum Stomatologii Rodzinnej, Michał Szczepaniak Ul. Nowotarska 294 34-431 Waksmund NIP: 775 240 93 56:**

- a) posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień do wykonania zamówienia,
- b) jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi
- c) posiadam odpowiednią wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia,
- d) dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
- e) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia,
- f) nie jest wobec mnie prowadzone postępowanie upadłościowe, ani upadłości nie ogłoszono

.....
miejsowość, data

.....
Pieczęć i czytelny podpis Oferenta