Zespół Opieki Zdrowotnej
w Busku-Zdroju

ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w Busku Zdroju
ul. Bohaterów Warszawy 67, 28 – 100 Busko Zdrój, woj. Świętokrzyskie
tel. centr. (041)-378-24-01, tel./fax (041) 378-24-01 wew. 244
REGON 000311467 NIP 655 – 16 – 62 – 705 Nr rej. PZOZ20
Strona internetowa;www.zoz.busko.com.pl
e-mail: zamowienia@zoz.busko.com.pl

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: **ZOZ/DO/OM/ZP/68/14**

Załącznik nr 10 do SIWZ

.....
.....
.....
(Nazwa i adres wykonawcy)

....., dnia ..... 2014 r.

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY
O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

W związku ze złożeniem oferty w przetargu nieograniczonym na **„Dostawę materiałów opatrunkowych dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Busku – Zdroju"**, prowadzonym na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Tekst jednolity Dz.U. z 2013 r. poz. 907, 984,1047, 1473) oświadczam, iż spełniam warunki udziału w postępowaniu, określone w art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych, tj.:

1) posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2) posiadam wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia;
3) dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

.....
Imię, nazwisko i podpis osoby lub osób figurujących
w rejestrach uprawnionych do zaciągania zobowiązań
w imieniu Wykonawcy lub we właściwym umocowaniu