



Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju
ul Bohaterów Warszawy 67
28-100 Busko- Zdrój
tel. centrala 41 378 24 01 fax. 41 378 27 68
NIP: 655-16-62-705 Regon: 000311467
e-mail: sekretariat@zoz.busko.com.pl
strona internetowa: www.zoz.busko.com.pl



Świętokrzyska Nagroda Jakości
Laureat XVI edycji SNJ w kategorii
organizacji publicznych - ochrona
zdrowia.

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego ZOZ/DO/OM/ZP/07/15

Załącznik nr 4 do SIWZ

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

(Nazwa i adres wykonawcy)

....., dnia 2015 r.

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

W związku ze złożeniem oferty w przetargu nieograniczonym na „Dostawę pieczywa do Działu Żywnienia 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