



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/60/14**

**Załącznik nr 4 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 „**Odbiór, transport i utylizację odpadów medycznych z 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 ) 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