



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/66/14**

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