

Data, miejscowość

**Załącznik nr 2**

Zapytanie ofertowe znak 11/ZO/ZPU/16

Nazwa i adres Wykonawcy

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.  
ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze

**DOTYCZY: Zapytanie ofertowe nr 11/ZO/ZPU/16**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O SPEŁNIENIU PRZEZ OFEROWANE DOSTAWY  
WYMAGAŃ OKREŚLONYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO**

Wykonawca oświadcza, że

- posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania
- posiada wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje osobami zdolnymi do wykonania zamówienia

Na każde żądanie Zamawiającego, Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć dokumenty potwierdzające że:

- posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
- posiada wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje osobami zdolnymi do wykonania przedmiotowego zamówienia.

.....  
*Podpis osoby uprawnionej  
do działania w imieniu wykonawcy*

