

Zamawiający:

Miejski Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Chełmie
z siedzibą przy
ul. Wołyńskiej 11, 22-100 Chełm
(pełna nazwa/firma, adres)

Wykonawca:

.....

.....

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

.....

.....

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do
reprezentacji)*

Oświadczenie wykonawcy

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

I BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia PN.: „**Usługa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w związku z prowadzoną działalnością oraz ubezpieczenia mienia Miejskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Chełmie**” prowadzonego przez **MIEJSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHEŁMIE** , oświadczam, co następuje:

- 1) Posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, objętych przedmiotem zamówienia jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
- 2) Posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia
- 3) Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;

Jednocześnie oświadczam że nie podlegamy wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... (miejsowość), dnia r.

.....

(podpis)