

OŚWIADCZENIE

Uczestnicząc w postępowaniu sygn. DK/PU/1/07/2017 o udzielenie zamówienia na „Wykonywanie badań lekarskich z zakresu medycyny pracy dla pracowników Zakładu Usług Komunalnych w Gryficach

my, niżej podpisani

.....
.....

działając w imieniu i na rzecz (nazwa /firma/ i adres Wykonawcy)

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

oświadczamy, iż spełniamy warunki:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności;
2. posiadania wiedzy i doświadczenia;
3. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. dotyczące sytuacji ekonomicznej i finansowej.

_____, dnia _____ 2017r.

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)
do reprezentowania Wykonawcy