

ZAMAWIAJĄCY

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, Al. W. Witosa 26, 45-401 Opole

Wykonawca: _____

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

reprezentowany przez: _____
(imię, nazwisko)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY
DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU
ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

Na potrzeby postępowania o zapytanie ofertowe prowadzonego przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, Al. W. Witosa, 45-401 Opole, dotyczy wykonania usługi polegającej na:

"Zakup, dostawa, montaż i uruchomienie 1 szt. aparatu do kriochirurgii oka z wózkiem i sondami oraz przeszkolenie personelu w zakresie obsługi "

O Ś W I A D C Z A M,
co następuje:

**§ 1
Informacja dotycząca Wykonawcy**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego

w zapytaniu ofertowym z dnia _____

_____, dnia _____

(pieczęćka i podpis)

**§ 2
Oświadczenie dotyczące podanych informacji**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w dokumentach stanowiących ofertę, są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

_____, dnia _____

(pieczęćka, podpis)

**§ 3
Oświadczenie dotyczące posiadania zasobów do wykonania zamówienia**

Oświadczam, że posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponujemy potencjałem technicznym oraz ekonomicznym do wykonania przedmiotu zamówienia.

_____, dnia _____

(pieczęćka, podpis)