**Załączniknr 2**

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

/pieczęćWykonawcyinrtel./faksu)

**OŚWIADCZENIE**

Składającofertęna usługę*……………………………………..………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………….*

doMiejsko-Gminnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Staszowie, wimieniureprezentowanejprzezemnieFirmyoświadczam**,**że:

1. Spełniamywszystkiewarunkiudziałuokreśloneprzezzamawiającegowniniejszympostępowaniu,
2. Posiadamyuprawnieniadowykonaniaokreślonejdziałalnościlubczynności,jeżeliustawynakładająobowiązekposiadaniatakichuprawnień,
3. Posiadamyniezbędnąwiedzęidoświadczenieorazpotencjałtechniczny,atakżedysponujemyosobamizdolnymidowykonaniazamówienia,
4. Znajdujemysięwsytuacjiekonomicznejifinansowejzapewniającejwykonaniezamówienia,
5. Zapoznaliśmysięz zaproszeniem do składania ofert iprzyjmujemybezzastrzeżeń.

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

*miejscowośćidata/podpisipieczęćimiennaosoby/osób*

*uprawnionychdoreprezentowaniaWykonawcy*