Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW

Nazwa Wykonawcy : ...................................................

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

Adres Wykonawcy: ...................................................

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

Miejscowość:……………………… Data: .................................................

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu na zadanie p.n. **„Sukcesywna wyrobów medycznych”**

w zakresie:

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) sytuacji ekonomicznej i finansowej.