Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW

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

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

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

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

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

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu na zadanie p.n. **„Kompleksowe świadczenie usług odbioru, transportu i utylizacji odpadów 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.