Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego nr 2/11/NCPZ/2024

……………………………………………

miejscowość, data

………………………………….

(Nazwa Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

1. Podana cena w formularzu ofertowym nie ulegnie podwyższeniu.

2. Zobowiązuję się do wykonania usługi w terminie przewidzianym w zapytaniu ofertowym.

3. Akceptuję warunki płatności.

4. Ja niżej podpisany(a),

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

*(Imię, nazwisko, adres)*

w związku z zapytaniem ofertowym nr 2/11/NCPZ/2024  pełnienie funkcji członka redakcji czasopisma naukowego „European Journal of Health Policy, Humanization of Care and Medical Ethics”, Zadania finansowanego ze środków Ministra Edukacji i Nauki na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie”,

oświadczam, że

1. posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
2. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie;
3. dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym do wykonywania przedmiotu niniejszego zamówienia;

……………………………………

Podpis osoby składającej ofertę