*Załącznik nr 1*

………………………………………… …………………………………………

*(pieczęć firmowa Wykonawcy) (Miejscowość, data)*

 **OŚWIADCZENIE**

Oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu pn. „Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie medycyny pracy”

* posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności zapewniającej realizację zamówienia; na potwierdzenie podajemy imię i nazwisko lekarza, specjalizującego się w zakresie medycyny pracy …………………………………………………………………………………………………………………..
* posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym oraz osobami zapewniającymi terminowość realizacji przedmiotu zamówienia.

Ponadto oświadczamy, iż będziemy realizować przedmiot zamówienia w okresie wprowadzenia stanu epidemii.

 ………………………………………………
 *(podpis Wykonawcy)*