Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego :

ZO/03/AP.MED/2024

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

.................................................................................................................................................................. (nazwa(firma)i adres Wykonawcy)

Niniejszym oświadczam, że spełniam warunki udziału w zamówieniu publicznym:

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności( jeżeli ustawa nakłada obowiązek posiadania takich uprawnień) ,

2.Posiadam niezbędna wiedzę , doświadczenie oraz dysponuje potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,

3. Znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,

4. Nie jestem powiązany kapitałowo ani osobowo z Zamawiającym lub z osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru oferenta. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się powiązania polegające w szczególności na:

* uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
* posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
* pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
* pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

…………………………........................................

*(data i podpis osoby upoważnionej do składania oferty )*