



INSTYTUCJA
WOJEWÓDZTWA
MAŁOPOLSKIEGO



SZPITAL KLINICZNY IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE

Załącznik nr 2

Znak: CZP-MP-271-35/23

Oświadczenie Wykonawcy

Dane Wykonawcy:

Nazwa Wykonawcy:

Adres Wykonawcy :

Numer telefonu : Numer faxu :

NIP:.....

REGON

Oświadczam, że:

1. Posiadamy uprawnienia do wykonania przedmiotu umowy.
2. Dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia.
3. Posiadamy wiedzę i doświadczenie.
4. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie przedmiotu zamówienia.

.....
/podpis Wykonawcy/

.....
/miejsowość data