**Załącznik nr 4 do SWZ**

…………………….

(data)

……………………………………..

……………………………………..

……………………………………..

( dane Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Składając ofertę w postępowaniu pn. „**Zakup dodatkowych licencji systemu AMMS wraz z wdrożeniem”**; **znak: 12/03/24**  oświadczam/-y, że jestem/jesteśmy autoryzowanym partnerem Asseco Poland S.A. i posiadam/-y wiedzę niezbędną do świadczenia usług informatycznych, a w szczególności instalacji, wdrażania, serwisowania oraz szkolenia użytkowników oprogramowania InfoMedicca/AMMS w ramach uzyskanych przez pracowników Wykonawcy certyfikatów.

Ponadto dysponuję/-my co najmniej 1 osobą ( pracownikiem) posiadającym imienny certyfikat producenta ASSECO na minimum 2 różne moduły systemu InfoMedica/AMMS.

Tym samym spełniamy warunki udziału w postępowaniu.

………………………………….

( podpis Wykonawcy/podwykonawcy)