. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

pieczęć nagłówkowa Oferenta miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU**

**WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Przystępując do udziału w postępowaniu dotyczącym świadczenia usługi odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych sklasyfikowanych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra środowiska z dnia 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów pod nr 18 01 02, 18 01 03, 18 01 06, 18 01 09 w Domu Pomocy Społecznej w Sieradzu oraz z filii w Rożdżałach i z filii w Witowie.

Ja/my niżej podpisany/

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta)

działających w imieniu i na rzecz:

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(nazwa Oferenta)

Oświadczam/y, że:

a) Posiadam/y uprawnienia do wykonywania zamówienia.

b) Dysponuję/emy potencjałem technicznym do wykonania zamówienia zgodnie z warunkami wskazanymi w zapytaniu ofertowym.

c) Znajduję/emy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

pieczęć i podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Oferenta