…………………………………………………… ………………………..dnia………………………

……………………………………………………

…………………………………………………..

/nazwa, adres, nr tel. Wykonawcy/

Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia:

*Zabezpieczenie medyczne dla potrzeb organizacji imprezy masowej pn. Dożynki Gminne 2020-*

 *29-30.08.2020*

W imieniu reprezentowanego przeze mnie Wykonawcy oświadczam, że Wykonawca:

1. Jest uprawniony do wykonywania zamówienia podlegającego na zapewnieniu zabezpieczenia medycznego posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania zamówienia,
2. dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym i osobowym zdolnym do wykonania zamówienia,
3. posiada odpowiedni potencjał ekonomiczny zapewniający wykonanie zamówienia.

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

miejsce i data /pieczątka i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy/