

Zamawiający:

Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, z siedzibą w Jabłonie (05-110 Jabłonna), ul. Parkowa 21, NIP: 536-15-60-355, Regon: 010806110, KRS: 0000132797

Wykonawca:

.....
(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Nr sprawy: ZP/01/10/19

Oświadczenie Wykonawcy

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na przeprowadzenie kwalifikacji uczestników do projektu, przeprowadzenie badań początkowych uczestników, przeprowadzenie badań w środku interwencji uczestników, przeprowadzenie badań końcowych uczestników w ramach projektu „Następne pokolenia bez wad postawy - terapia chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego” nr RPMA.09.02.02-14-b228/18 – współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020

oświadczam, co następuje:

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Ogłoszeniu o zamówieniu/ Specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

..... (miejsowość), dnia r.

.....

(podpis)

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w..... (wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu), polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

..... w następującym zakresie:
..... (wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).

..... (miejsowość), dnia r.

.....

(podpis)