Załącznik Nr. 2

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW

Nazwa wykonawcy .................................................................................................

Adres wykonawcy .................................................................................................

Miejscowość ................................................ Data .....................

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu, numer sprawy: 1/poza/2014, nazwa zadania: Obsługa portierni określone przez Szpital w Pyskowicach Sp z o o:

1.Firma zrealizowała co najmniej 3 usługi w zakresie niniejszej postepowaniaw okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie.

2.Firma posiada polisę OC o wartości nie mniejszej niż wartość złożonej oferty.

3.Firma spełnia wymagania zawarte w zaproszeniu do złozenia ofert.

.................................................................................
(data i czytelny podpis wykonawcy)