

Załącznik Nr. 2

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW

W postępowaniu nr

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Miejscowość

Data

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu, określone w ogłoszeniu, dotyczące w szczególności:

1. posiadania wiedzy i doświadczenia poprzez wykonanie minimum 3 dostaw nici na rzecz Szpitali o wartości nie mniejszej niż złożonej oferty

.....

(data i czytelny podpis wykonawcy)

