

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 środków dezynfekcyjnych na rzecz Szpitali o wartości nie mniejszej niż złożonej oferty.

.....

(data i czytelny podpis wykonawcy)