

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 Szpitala o wartości nie mniejszej niż złożonej oferty.

.....

(data i czytelny podpis wykonawcy)