

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)