

SZPITAL W PYSKOWICACH  
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
ul. Szpitalna 2, 44-120 Pyskowice  
tel. /32/ 233-24-24  
NIP 9691608096 Regon 276247465

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 rękawic na  
rzecz Szpitala o wartości nie mniejszej niż złożonej oferty.

.....

(data i czytelny podpis wykonawcy)