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)