

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

Nazwa Wykonawcy:

.....

Adres Wykonawcy:

.....

MiejscowośćData

.....

Oświadczam, że spełniam wymienione warunki udziału w postępowaniu; na żądanie Zamawiającego w terminie 2 dni dostarczymy dokumenty i zezwolenia niezbędne do świadczenia zamówienia.

(czytelny podpis Wykonawcy)