

**OŚWIADCZENIE
O SPEŁNIANIU WARUNKÓW**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego
nr sprawy: OR.272.16.2017.ML dot. :

**wykonywanie czynności związanych z stwierdzeniem zgonu, ustalaniem jego przyczyny
oraz wystawieniem kart zgonu na terenie Powiatu Międzyrzeckiego**

ja/my (imię
nazwisko)

.....
reprezentując firmę (nazwa
firmy).....

NIP.....REGON.....

jako pełnomocny przedstawiciel reprezentowanej przeze mnie firmy oświadczam/ my, że
spełniam/my warunki dotyczące:

1). Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia, projektem umowy i nie
wnoszę do niego zastrzeżeń oraz, że w przypadku wyboru mojej oferty przystąpię do
zawarcia umowy na warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

2). Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia wymagane do wykonania
przedmiotu zamówienia.

3). Oświadczam, że jestem lekarzem i wykonuję zawód w ramach działalności leczniczej na
zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze
zmianami),w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących
działalność leczniczą.

4). Warunki płatności: przelewem, w ciągu 14 dni od daty prawidłowo wystawionej faktury
VAT/rachunku.

Miejscowość, dnia

.....

Wykonawca lub upoważniony przedstawiciel Wykonawcy