**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**OŚWIADCZENIE**

**O SPEŁNIANIU WARUNKÓW**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego

nr **sprawy**: OR.272.10.2019.PL. dot. **„Przeprowadzenie audytu finansowego Szpitala Międzyrzeckiego im. Pięciu Św. Braci Międzyrzeckich sp. z o.o.”.**

ja/my (imię nazwisko) …..…………………………………………………………………………………

.......................................................................................................................................................

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

……………………………………………………………………………………………………………………….

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

1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;

2) posiadania wiedzy i doświadczenia;

3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;

4) sytuacji ekonomicznej i finansowej.

dnia ..........................

..............................................................................

Wykonawca lub upełnomocniony przedstawiciel Wykonawcy