

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

.....  
/ pieczęć firmowa Wykonawcy/

## O Ś W I A D C Z E N I E

**W imieniu firmy** .....

**z siedzibą w** .....

oświadczam, że podmiot, który reprezentuję przystępując do postępowania nr SPZOZ\_NT/DZP/PN/ 04 /16 na

**USŁUGĘ CAŁODOBOWEGO DOSTARCZANIA POSIŁKÓW  
DLA PACJENTÓW SZPITALA**

w myśl art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. - Prawo zamówień publicznych (Tekst jednolity: Dz. U. z 2015; poz. 2164 ze zm.) **spełnia warunki dotyczące:**

- 1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, związanej z realizacją przedmiotu zamówienia, 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.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego.

.....dn. ....  
/miejsowość, data/

.....  
/pieczęć i podpis osoby (osób) upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy/