Znak sprawy: **MCM/WSM/ZP14/2015**

Załącznik Nr 3 do SIWZ

**Oświadczenie wykonawcy**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

art. 22 ust. 1 ustawy - Prawo zamówień publicznych

**Nazwa i adres Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie***:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn:

**„ Dostawa wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.:**

**„Utworzenie zakładu opiekuńczo leczniczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w Milickim Centrum Medycznym”.”**

*znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015* oświadczam, że na dzień składania ofert spełniam/y warunki, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych, zgodnie z opisem sposobu dokonywania oceny ich spełniania wskazanym w SIWZ i ogłoszeniu o zamówieniu dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeśli 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/y własnoręcznym podpisem świadom/a/i odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*( miejscowość, data ) (podpis i pieczątka osoby/osób uprawnionej/ych*

*do reprezentowania Wykonawcy/ców)*