SP ZOZ MSWiA w Koszalinie

ul. Szpitalna 2, 75-720 Koszalin Złącznik nr 9 do SIWZ

Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych   
i Administracji w Koszalinie**

**75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE O ROCZNYM OBROCIE WYKONAWCY**

W związku ze złożeniem oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na „**Zakup   
i dostawa sprzętu medycznego dla SP ZOZ MSWiA w Koszalinie”** oświadczam, że ……………………….……..(nazwa Wykonawcy) w ciągu ostatnich 3 latach obrotowych, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie – osiągnął następujący obrót:

1) …………... rok – obrót w wysokości ………………………..

2) …………... rok – obrót w wysokości ………………………..

3) …………... rok – obrót w wysokości ………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………. | ………………………………. |
| miejscowość i data | imię, nazwisko, stanowisko, podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy |