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 Wykonawcy**

Składając ofertę na zapytanie ofertowe na **„Świadczenie usług transportu sanitarnego pacjentów, transportu personelu medycznego oraz materiałów biologicznych na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Koszalinie”** oświadczam, że:

1. posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania prac objętych przedmiotem zamówienia;
2. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia;
3. dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. firma, którą reprezentuję znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;

*.......................................*

 *(miejscowość, data)*

 *..................................................................*

 **(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu )**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

***Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.***

*.......................................*

 *(miejscowość, data)*

 *..................................................................*

 **(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu )**