Załącznik nr 2 do ZAPYTANIA OFERTOWEGO

**Oświadczenie Wykonawcy o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

na świadczenie kompleksowej obsługi prawnej dla Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ

ZAMAWIAJĄCY:

**WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA**

NIP: 894-24-60-800, REGON: 000313331

adres siedziby: ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław,

WYKONAWCA**:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa: |  |
| Adres: |  |
| Telefon: |  |
| Numer NIP: |  |
| Numer KRS (jeśli dotyczy) |  |

JA(MY), NIŻEJ PODPISANY(I),OŚWIADCZAM(MY), ŻE:

1. Posiadam(amy) uprawnienia do wykonywania działalności objętej niniejszym zamówieniem, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
2. Posiadam(amy) wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania zamówienia,
3. Dysponuję(emy) odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

………………………………………………………………………………….

(data i podpis osoby lub osób upoważnionych do podpisu w imieniu Wykonawcy)