

Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego :

ZO/03/AP.MED/2024

OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....
..... (nazwa(firma)i adres Wykonawcy)

Niniejszym oświadczam, że spełniam warunki udziału w zamówieniu publicznym:

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności(jeżeli ustawa nakłada obowiązek posiadania takich uprawnień) ,
2. Posiadam niezbędną wiedzę , doświadczenie oraz dysponuje potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
3. Znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
4. Nie jestem powiązany kapitałowo ani osobowo z Zamawiającym lub z osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru oferenta. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się powiązania polegające w szczególności na:

- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....
(data i podpis osoby upoważnionej do składania oferty)