***Załącznik Nr 3 do zapytania ofertowego***

pieczęć firmy

**OŚWIADCZENIE**

**o spełnieniu warunków udziału
w zapytaniu ofertowym**

### Ja/ My niżej podpisany/ni\*

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

reprezentując Wykonawcę t j.

(pełna nazwa i siedziba firmy wykonawcy)

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

będąc uczestnikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej przekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 2500 Euro (netto)
i nie przekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 14.000 Euro (netto), zgodnie z §10 Regulaminu Udzielania Zamówień Publicznych SP ZOZ WSPRiTS w Płocku w trybie zapytania ofertowego na:

***odbiór transport i utylizacja odpadów medycznych przez okres dwóch lat..***

**OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**

Spełniam(y) warunki udziału w zapytaniu ofertowym określone przez Zamawiającego dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem, jeżeli 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.

Na potwierdzenie spełnienia wyżej wymienionych warunków do oferty załączam wszystkie dokumenty i oświadczenia wskazane przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym.

……………………………. dnia ………2013 roku.

 ….……………………………………..

 czytelne podpisy lub podpis z pieczątką

 imienną osoby/osób uprawnionych
 do reprezentowania Wykonawcy

*\*niepotrzebne skreślić*