IODP0000.272.4.2020.Stab Grow

 **Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa wykonawcy, adres, NIP, REGON |  |
| Imię i nazwisko osób upoważnionych do kontaktu |  |
| Numer telefonu do osoby kontaktowej |  |
| Adres e-mail |  |

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Przystępując do udziału w postępowaniu prowadzonym w ramach zapytania ofertowego dotyczącego **zakupu i** **sukcesywnej dostawy jednorazowych zużywalnych materiałów medycznych oraz środków dezynfekcyjnych w ramach projektu pn. „Modyfikacja systemu stabilizacji wewnętrznej modelującego kręgosłup w okresie wzrostu” finansowanego na podstawie umowy nr POIR.04.01.01-00-0020/2019-00 w ramach Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój 2014-2020** Wykonawca oświadcza, że spełnia warunki określone w zapytaniu ofertowym, dotyczące:

* 1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień,
	2. posiadania odpowiedniej wiedzy i doświadczenia oraz dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
	3. znajdowania się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

.................................., dn. ...................... ......................................................................

 (miejscowość) podpis(y) osoby/osób upoważnionej
 do reprezentacji Wykonawcy