

.....

e-mail:.....

tel.: .....

fax:.. ..

## OŚWIADCZENIE

### O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia na organizację dwóch seminariów oraz opracowanie, edycji oraz tłumaczenia zawartości strony internetowej dedykowanej Centrum Transgranicznej Opieki Zdrowotnej i Mobilności Pacjentów, w ramach projektu nr LT-PL-4R-299 pn. „Współpraca dla wysokiej jakości transgranicznej opieki zdrowotnej i mobilności pacjentów pogranicza” („Cooperation for high-quality cross-border healthcare and patient mobility in frontier area”) realizowanego w partnerstwie ze Szpitalem Publicznym w Łódziejach (Litwa), w ramach Programu Współpracy Interreg V-A Litwa – Polska, dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, oświadczam, że:

1. posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień,
2. dysponuje potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
3. posiadam odpowiednią wiedzę i doświadczenie umożliwiające profesjonalną realizację całości przedmiotu zamówienia,
4. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

.....

*Miejscowość, data*

.....

*Pieczętka i podpis osoby/osób upoważnionej do  
składania oświadczeń woli w imieniu  
wykonawców*

