

Załącznik Nr 9 do SIWZ

Zamawiający :

Dom Pomocy Społecznej Nr 2 w Tomaszowie Maz. ul. Jana Pawła II 37

Wykonawca zamówienia:

/nazwa i adres/

.....
.....
.....

Oświadczam/y/ ,że

Stosownie do treści art.22 ust.1pkt 1-4 ustawy z dnia 29.01.2004r. Prawo zamówień publicznych /Dz. U. Nr 19,177 z późniejszymi zmianami /:

1. posiadam/y/ uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem ,jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień ;
2. posiadam/y/ niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania niniejszego zamówienia lub przedstawię pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia potencjału technicznego i osób zdolnych do wykonania zamówienia .
3. znajduję/emy/ się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie niniejszego zamówienia ;
4. nie podlegam/y/ wykluczeniu z postępowania o udzielenie niniejszego zamówienia

Podpis/y/ i pieczęć Wykonawcy zamówienia :

.....
.....

Miejscowość i data: