

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY
DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania dot. Zapytania ofertowego nr 39/2019 AD.2610.30.3.2019 pn:
„Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy dla pracowników Toruńskiego
Centrum Świadczeń Rodzinie w okresie 01.01.2020r.-31.01.2021 r.”, niniejszym oświadczam,
że:

.....

spełnia wymagania Zleceniodawcy, określone w cz. III niniejszego zapytania ofertowego.

.....

podpis osoby upoważnionej*

*podpis Wykonawcy lub osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w zakresie praw i obowiązków majątkowych Wykonawcy wymienioną w aktualnym dokumencie rejestracji firmy lub w innym dokumencie z którego uprawnienie to wynika