

Załącznik nr 4 A

OŚWIADCZENIE

Nazwa Wykonawcy:

.....

Adres Wykonawcy:

.....

tel./fax

Regon.....NIP.....

Niniejszym, zgodnie z Art. 22 ust.1 pkt. 1-4 ustawy z dnia 29.01.2004r. Prawo Zamówień Publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r. poz. 907 ze zm.) oświadczam, że **podmiot który reprezentuję** spełnia warunki dotyczące:

1. Posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, 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;

.....

(data)

.....

(podpis)

UWAGA !

Wykonawca może polegać na wiedzy i doświadczeniu, potencjale technicznym, osobach zdolnych do wykonania zamówienia lub zdolnościach finansowych innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków. Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu ***pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia***

Szpital Wojewódzki Nr 2
im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie
ul. Lwowska 60, 35-301 Rzeszów

ZP250/ 053 / 2014

Załącznik nr 4 B

OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA

Nazwa Wykonawcy:

.....

Adres Wykonawcy:

.....

tel./fax

Regon.....NIP.....

Niniejszym oświadczam, że podmiot który reprezentuję nie podlega wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia z powodu niespełniania warunków, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.01.2004r. Prawo Zamówień Publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r. poz. 907 ze zm.)

.....
(data)

.....
(podpis)