**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**OŚWIADCZENIE**

**Oferenta o spełnianiu warunków udziału w konkursie ofert na:**

„Wykonywanie specjalistycznych usług medycznych w zakresie przeprowadzania badań diagnostycznych dla Zakładu Patomorfologii

Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach”

Działając w imieniu …………………………………………………………………………….…………………..

(nazwa Oferenta)

………………………………………………………………………………………..…………………….…………

**Oświadczam, że**

### **posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,**

### **posiadamy wiedzę i doświadczenie w zakresie zamawianych swiadczeń,**

### **dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,**

### **sytuacja ekonomiczna i finansowa umożliwia wykonanie zamówienia.**

Oferent spełnia warunki wymienione w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.

.......………………, dnia ……..…………… …………………………..

Podpis osób/ osoby upoważnionej