#### Załącznik nr 1a do SWKO

**Zamawiający:**

Szpital Specjalistyczny

im. A. Falkiewicza we Wrocławiu

Warszawska 2

52-114 Wrocław

*……………………………………………………………………*

*(pełna nazwa, adres)*

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**dotyczące:**SPEŁNIANIA STAWIANYCH WYMAGAŃ**  |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie konkursu ofert pn.:

**Wykonywanie badań histopatologicznych dla Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu.**

Znak sprawy: **ZP/KO- 03/2023**

prowadzonego przez **Szpital Specjalistyczny**

**im. A. Falkiewicza we Wrocławiu,** oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania postawione w postępowaniu konkursowym, określone przez zamawiającego

 ………..…………..……………….…………………………………

*Data: kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*