



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO**  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE

---

Załącznik nr 2

**Znak: CZP-MP-271-45/24**

## Oświadczenie Wykonawcy

Dane Wykonawcy:

Nazwa Wykonawcy: .....

Adres Wykonawcy : .....

Numer telefonu : ..... Numer faxu : .....

NIP:.....

REGON .....

Oświadczam, że:

1. Posiadamy uprawnienia do wykonania przedmiotu umowy.
2. Dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia.
3. Posiadamy wiedzę i doświadczenie.
4. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie przedmiotu zamówienia.

.....  
/podpis Wykonawcy/

.....  
/miejsowość data