***Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 1***

**OŚWIADCZENIE**

**o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu**

Ja/My, niżej podpisany/-a/-i,

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*(imię i nazwisko)*

działając w imieniu i na rzecz:

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*(nazwa Oferenta)*

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*(adres siedziby Oferenta)*

Przystępując do postępowania wynikającego z Zapytania Ofertowego nr 1 – dotyczącego **pełnienia funkcji Koordynatora programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej,** realizowanego w ramach projektu **pt. „Program rehabilitacji zdrowotnej w Szpitalu Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.”** – oświadczam/-y, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu.

Oświadczam/-y, że:

* posiadam/-y uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia;
* posiadam/-y wiedzę i doświadczenie w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia;
* dysponuję/-my odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania przedmiotowego zamówienia.

…………….…….*,* dnia ………….……. r. …………………………………………

*(miejscowość)* *(podpis)*