Załącznik nr 4 do Ogłoszenia o zamówieniu

Nr postępowania: BAG.261.4.2020.API

…………………………………………………

Nazwa lub pieczęć Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU** Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usług medycznych dla pracowników Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego (nr postępowania: BAG.261.4.2020.API) oświadczam(y), że: nie posiadamy / posiadamy (\*niepotrzebne skreślić): przewidziane prawem uprawnienia do wykonywania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej działalności leczniczej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 295 ze zm.).

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

Data i czytelny podpis lub podpis z pieczątką imienną

osoby (osób) upoważnionej (upoważnionych)

do reprezentowania Wykonawcy