**Załącznik nr 2 do Zaproszenia**

**ZPZ.253.1.2017**

Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zakład

Opieki Zdrowotnej

ul. M. J. Piłsudskiego 28

23-100 Bychawa

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 WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w ramach dofinansowania ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego,
Działania 2.1 Cyfrowe Lubelskie w zakresie E-zdrowia

prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bychawie*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w zaproszeniu do złożenia oferty w pkt. IV.

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

/Miejscowość i data/ /podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych/

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

/Miejscowość i data/ /podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych/