



ZAMAWIAJĄCY: GMINA KUNÓW
ul. Warszawska 45B, 27-415 Kunów
tel./fax 41/26-13-174, 261-13-62, 261-13-56
NIP 661-21-59-982

Dane dotyczące Wykonawcy:

Imię Nazwisko/nazwa:

Adres:

Adres poczty elektronicznej:

Numer telefonu:

Numer faksu:

Numer NIP:

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. „*Usługi w zakresie medycyny pracy na rzecz pracowników Urzędu Miasta i Gminy w Kunowie oraz członków Ochotniczych Straży Pożarnych*”

Uczestnicząc w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oświadczam, co następuje:

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w
(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu).

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby uprawnionej do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczętka