

**Załącznik nr 2**

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

(pieczęć firmowa Wykonawcy)

**Oświadczenie Wykonawcy o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla kandydatów do pracy, kandydatów na staż oraz pracowników Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Poznaniu/ Oddziału Zamiejscowego w Kaliszu/ Oddziału Zamiejscowego w Koninie/ Oddziału Zamiejscowego w Lesznie/ Oddziału Zamiejscowego w Pile[[1]](#footnote-1) w 2024 roku, w imieniu Wykonawcy wskazanego powyżej oświadczam/y, że Wykonawca:

1. posiada kompetencje lub uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów,
2. posiada zdolności techniczne lub zawodowe niezbędne do wykonania zamówienia.

*…………………………………………*

(*pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)