**Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek”**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

z siedzibą w Warszawie przy ul. Koszykowej 78,

NIP 113-00-38-734: REGON P-010137895

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

**(nazwa/ imię i nazwisko i adres Wykonawcy)**

W związku z ofertą złożoną w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 20/ZO/2024 ***na***

***Sukcesywny odbiór i utylizację odpadów medycznych o kodzie 180101,810103,180104,180109 oraz odpadów o kodzie 060404 (zawierających rtęć), 160213 (zużyte świetlówki, sprzęt medyczny zawierający niebezpieczne elementy), 200307 odpadów wielkogabarytowych, zużytych urządzeń innych niż wymienione w 160209 do 160213 (kod 160214) oraz niszczenie dokumentów z: Centralnej Wojskowej Przychodni Lekarskiej „CePeLek” SP ZOZ, przy ul. Koszykowej 78, Rejonowej Przychodni Lekarskiej przy ul. Żeromskiego 33***

oświadczam, że spełniam wszystkie warunki udziału w niniejszym postępowaniu, opisane w treści zapytania ofertowego nr 20/ZO/2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osoby/-ób uprawnionej/-ych do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika