Załącznik nr 4

WYKONAWCA

……………………………..

……………………………..

……………………………..

*(nazwa firmy, adres)*

e-mail: …………………………

REGON: …………………………

NIP: …………………………

CEIDG/KRS: …………………………

**OŚWIADCZENIE**

Przystępując do postępowania w trybie konkursu ofert, którego przedmiotem jest **„Świadczenie usług medycznych w zakresie teleradiologii na rzecz SPZZOZ w Wyszkowie” nr sprawy: DEZ/Z/341/ZP\_KO-1/2020**, oświadczam, że

1. spełniam warunki określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO),
2. znajduje się w sytuacji finansowej zapewniającej prawidłowe wykonanie przedmiotu konkursu,
3. nie zalegam z uiszczaniem podatków,
4. nie zalegam z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne.

...................................., dnia ............................... ...................................................................................

podpisy osób wskazanych w dokumencie  
 uprawniającym do występowania w obrocie prawnym   
lub posiadających pełnomocnictwo