

OŚWIADCZENIE O ZDOLNOŚCI OFERENTA DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA

I. ZAMAWIAJĄCY

YOT MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
 ul. Leszka Białego 5, 80-353 Gdańsk, POLSKA
 NIP 584-280-77-57
 E-mail: biuro@neuroplay.pl
 Tel.: 517-216-943

II. OFERENT/WYKONAWCA

Nazwa i adres Oferenta:	
Imię i nazwisko osoby właściwej do reprezentowania Oferenta:	

Oświadczam, że:

1. Jestem/nie jestem* podmiotem czynnie prowadzącym działalność gospodarczą – wpis do rejestru przedsiębiorstw (nazwa rejestru i nr wpisu – jeśli dotyczy):

2. Posiadam uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności, określonej zapytaniem ofertowym.
3. Posiadam zasoby ludzkie niezbędne do wykonania Zamówienia określone w specyfikacji zamówienia.
4. Posiadam niezbędną wiedzę oraz doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
5. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
6. Jestem osobą właściwą do reprezentowania Oferenta. Jeśli moje imię i nazwisko nie jest wskazane w rejestrze firmy jako właściwe do reprezentowania oferenta załączam dodatkowo OBOWIĄZKOWE pełnomocnictwo szczegółowe. W przypadku braku spełnienia powyższego warunku oferta będzie odrzucona.
7. Zapoznałam/em się z zapisami w dokumentach Zapytania ofertowego oraz załączników i w pełni je akceptuję.

.....
 Miejscowość i data

.....
 czytelny podpis Oferenta

* podkreślić właściwe