**Załącznik nr 3 do SWKO**

Pieczęć Wykonawcy
 (nazwa i adres Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

*Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu*

*badań patomorfologicznych obejmujących: BADANIE HISTOPATOLOGICZNE, CYTOLOGIA GINEKOLOGICZNA, BIOPSJA ASPIRACYJNA CIENKOIGŁOWA, OZNACZENIE RECEPTORÓW:*

*HER-2, Ki-67, estragenowych (PR), progestronowych (ER)
w latach 2014-2016 dla Przychodni Specjalistycznej w Tarnobrzegu.*

Uczestnicząc w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu opisane w SWKO dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. posiadania wiedzy i doświadczenia;
3. sytuacji ekonomicznej i finansowej;
4. zatrudniania personelu posiadającego kwalifikacje i uprawnienia.

……………………………dn. ………….2014 r. ………………………………………………………

Imienna pieczątka i podpis osoby upoważnionej
lub osób upoważnionych przez Wykonawcę