**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,
CYTOLOGIA PŁYNU, BAC - BIOPSJA ASPIRACYJNA CIENKOIGŁOWA,
BIOPSJA GRUBOIGŁOWA, OZNACZENIE RECEPTORÓW:
HER-2 (metodą FISH), HER-2, Ki-67, PR, ER, BADANIA IMMUNOHISTOCHEMICZNE

w latach 2016-2018 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. ………….2016 r. ………………………………………………………

Imienna pieczątka i podpis osoby upoważnionej
lub osób upoważnionych przez Wykonawcę