Załącznik nr 2 do Rozeznania rynku **PnO/01/2020**

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTEPOWANIU**

dotyczy rozeznania rynku NR PnO/01/2020

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia w ramach rozeznania rynku NR  PnO/01/2020 oświadczam, że nie zachodzą okoliczności wyłączające mnie z ubiegania się o  zamówienie, w szczególności:

1. nie wszczęto wobec mnie postępowania upadłościowego, ani nie ogłoszono mojej upadłości,
2. nie zalegam z opłacaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,
3. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej niezakłóconą realizację zamówienia,
4. nie jestem powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo, przy czym przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i  przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Oferentem, polegające w szczególności na:
	1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
	2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
	3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
	4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w  linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
5. Ponadto oświadczam, że posiadam roczne doświadczenie w sprzedaży i dostawie asortymentu medycznego.

……………………………………………………..

Czytelny podpis Oferenta