**CEM.ZP.261.49/15**

**Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego**

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW**

Nazwa Wykonawcy …………................................................................................................Adres Wykonawcy……………................................................................................................. Oświadczamy, że spełniam/spełniamy\* warunki udziału w postępowaniu określonym szczegółowo   
dla zamówienia o wartości poniżej 30 000 euro na opracowanie programu funkcjonalno-użytkowego na potrzeby utworzenia siedziby Centrum Egzaminów Medycznych na terenie Centrum Kliniczno-Dydaktycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi”, dotyczące w szczególności co do:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
2. posiadania wiedzy i doświadczenia,
3. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
4. znajdowania się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
5. nie znajdowania się w trakcie postępowania upadłościowego, w stanie upadłości lub likwidacji.

Na potwierdzenie spełnienia wyżej wymienionych warunków do oferty załączam wszelkie dokumenty i oświadczenia wskazane przez Zamawiającego w Zapytaniu ofertowym.

\* niepotrzebne skreślić lub usunąć

*......................................., dnia ........................ 2015 r.*

...........................................................................................................

*(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)*