## **Załącznik nr 2b**

**OŚWIADCZENIE**

**Dotyczy:** **Przetarg nieograniczony 10/PN/U/PL/2019 na usługi przewozowe ambulansem pod opieką lekarską, przewóz pacjentów z ratownikiem medycznym, przewóz pacjentów z sanitariuszem oraz transport samochodowy na rzecz SPWZOZ w Stargardzie.**

Nazwa .......................................................................................................................................................

Adres .........................................................................................................................................................

Telefon ........................................Fax..................................E-mail............................................................

Nazwisko i Imię.........................................................................................................................................

Rodzaj upoważnienia do reprezentowania firmy .......................................................................................

Niniejszym zgodnie z art. 25a ust. 1 ustawy Prawo Zamówień Publicznych oświadczam, że:

Spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale V ust.1 pkt.3 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

##  Miejscowość, data, podpis..................................................