# ZAŁĄCZNIK NR 4 DO OGŁOSZENIA

*................................................*

*Nazwa lub pieczęć Wykonawcy*

# OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

**Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy oraz dodatkowych usług medycznych dla pracowników Instytutu Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN oraz ich rodzin w formie pakietów w okresie od dnia 1.04.2021r. do dnia 31.03.2023 r.**

oświadczam(y), że:

**nie posiadamy / posiadamy** *(\*niepotrzebne skreślić):*

przewidziane prawem uprawnienia do wykonywania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej działalności leczniczej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 2190 ze zm.).

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

*Data i czytelny podpis lub podpis z pieczątką imienną osoby (osób) upoważnionej (upoważnionych) do reprezentowania Wykonawcy*