



Szpital Psychiatryczny  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
w Węgorzewie

Załącznik nr 4

....., dnia .....

.....

.....

*Nazwa, adres, nr telefonu, faxu wykonawcy*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że:

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, zgodnie z wymogami ustawowymi.
2. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej wykonanie dostawy.
3. Zapoznałem się z warunkami ogłoszenia i umowy, są dla mnie zrozumiałe i nie zgłaszam zastrzeżeń oraz oświadczam, że proponowany przeze mnie w zapytaniu przedmiot zamówienia posiada wymagania opisane w ogłoszeniu.

.....  
pieczętka i podpis

Szpital Psychiatryczny  
SP ZOZ w Węgorzewie  
11-600 Węgorzewo  
ul. G. J. Bema 24

T: 87 427 27 66  
F: 87 427 27 85  
E: [kancelaria@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl](mailto:kancelaria@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl)  
W: [www.szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl](http://www.szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl)

ZOLP Rudziszki 87 437 80 13  
WOTUW Giżycko 87 428 40 30  
PZP Giżycko 87 429 13 98  
PZP Pisz 501 026 211

Certyfikat Systemu  
Zarządzania Jakością  
ISO 9001:2015  
Nr. 200623/A/0001/UK/Po

