***Załącznik nr 3***

……………………………..………

(dokładna nazwa i adres

lub pieczęć firmowa)

**Wojewódzki Ośrodek**

**Medycyny Pracy w Kielcach**

**ul. Karola Olszewskiego 2A**

**25-663 Kielce**

**Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe - ***Wybór Instytucji Finansowej zarządzającej i prowadzącej Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK) dla Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Kielcach.***

Ja niżej podpisany, reprezentujący Wykonawcę:

Nazwa …………………………………….………………………………….………………

Siedziba ……….……………………………………………………………………………….

zarejestrowany w ……………………………………...………………………………………..

NIP …………………………………. Regon ………..…………………………….

dane kontaktowe ………………………………………………..………………………………

reprezentowany przez ………………………………………………………………………….

**oświadczam, że:**

**- posiadamy sytuację ekonomiczną i finansową umożliwiającą realizację przedmiotu zamówienia,**

**- nie wszczęto wobec nas postępowania o ogłoszenie upadłości/likwidacji oraz nie została**

 **ogłoszona wobec nas upadłość/likwidacja,**

**- dysponujemy niezbędną wiedzą i doświadczeniem, a także potencjałem technicznym**

 **oraz pracownikami zdolnymi do wykonywania oferowanych usług.**

………………………………………………. ……………………………………………………

 (miejscowość i data) podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy oraz pieczątka