Załącznik nr 3 Bukwałd, dn. 06.06.2017 r.

## Fundacja Albatros

## Bukwałd 45a

## 11-001 Dywity

## KRS 0000263522

## NIP 7393574717

## REGON 280150768

## Warmiński Bank Spółdzielczy w Jonkowie

## filia w Dywitach

## NRB: 71 8857 0002 3011 0156 6309 0001

## info@falbatros.pl

## +48 664 173 828

## publikuje

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**na „Opieka lekarsko - weterynaryjna w Ośrodku Rehabilitacji Ptaków Dzikich w Bukwałdzie”**

Znak sprawy: 1/ZO/2017

w związku z realizacją zadania będącego częścią projektu:

„Symbiosis – ochrona ex-situ gatunków zagrożonych i edukacja ekologiczna w działalności polskich ośrodków rehabilitacji zwierząt – wzmocnienie potencjału sieci ośrodków na Warmii i Mazurach”

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa zarejestrowana Wykonawcy: |  |
| Siedziba Wykonawcy: |  |
| Adres do korespondencji: |  |
| KRS  *jeżeli dotyczy* |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Tel. |  |
| Fax. |  |
| Adres strony internetowej:  *(jeśli Wykonawca posiada)* |  |
| E-mail: |  |

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 1/ZO/2017, którego przedmiotem zamówienia jest: „Opieka lekarsko - weterynaryjna w Ośrodku Rehabilitacji Ptaków Dzikich w Bukwałdzie”, składam oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu:

Oświadczam, że spełniam, na dzień składania ofert, warunki udziału w postępowaniu, określone w Rozdziale II zapytania ofertowego z dnia 06.06.2017 r. określone poniżej:

- dot. kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów,

- dot. sytuacji ekonomicznej lub finansowej,

- dot. zdolności technicznej lub zawodowej.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………………………………………………………………………………………

Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy