**Załącznik nr 2**

**WZÓR oświadczenia Wykonawcy**

**DLA ZAMÓWIENIA**

**„USŁUGA NA FIZYCZNĄ OCHRONĘ MIENIA I OSÓB W OBIEKCIE INSTYTUTU BIOLOGII MEDYCZNEJ POLSKIEJ AKADEMII NAUK PRZY ULICY LODOWEJ 106 W ŁODZI ORAZ OBIEKTACH FIRMY LINEXIM SP. Z O. O. PRZY UL. LODOWEJ 106A W ŁODZI”**

**1. ZAMAWIAJACY WIODĄCY:**

**Instytut Biologii Medycznej Polskiej Akademii Nauk**

**ul. Lodowa 106**

**93-232 Łódź**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**LINEXIM Sp. z o.o.**

**ul. Lodowa 106A**

**93-232 Łódź**

**2. WYKONAWCA:**

**Niniejsza oferta zostaje złożona przez\*:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa Wykonawcy** | **Adres Wykonawcy** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Oświadczam(y), że spełniam(y) warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia „

**„**USŁUGA NA FIZYCZNĄ OCHRONĘ MIENIA I OSÓB W OBIEKCIE INSTYTUTU BIOLOGII MEDYCZNEJ POLSKIEJ AKADEMII NAUK PRZY ULICY LODOWEJ 106 W ŁODZI ORAZ OBIEKTACH FIRMY LINEXIM SP. Z O. O. PRZY UL.LOWEJ 106A” dotyczące :

1. posiadania uprawnień do wykonania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień,
2. posiadania wiedzy i doświadczenia,
3. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
4. sytuacji ekonomicznej i finansowej.

**Podpis(y):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p | Nazwa Wykonawcy (ów) | Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej (ych) do podpisania  oferty w imieniu Wykonawcy | Podpis(y)  osoby (osób) upoważnionej (ych) do podpisania  oferty w imieniu  Wykonawcy | Pieczęć  Wykonawcy | Miejscowość i data |
| 1.  2. |  |  |  |  |  |

\* Wykonawca modeluję tabelę w zależności od potrzeb.

**Oświadczenie to składa ten podmiot / te podmioty który/którzy w imieniu wszystkich wykazywać będzie/będą spełnienie warunków zaproszenia**