Znak sprawy ST/DZP-P/05/2025

**Załącznik nr 1**

……………………………………..

miejscowość, data

Nazwa/imię i nazwisko: ……………………………………

Adres: …………………………………….

NIP: …………………………………….

REGON: ……………………………………..

**OŚWIADCZENIE**

**o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu**

### Ja, niżej podpisana/y przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia dotyczącego odbioru, transportu i unieszkodliwienie/ zagospodarowanie odpadów medycznych i pokonsumpcyjnych oświadczam, że:

Spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności polegającej na wykonaniu usługi odbioru i unieszkodliwienie/zagospodarowanie odpadów medycznych i pokonsumpcyjnych.
2. Posiadam zdolność techniczną i zawodową do wykonania usługi opisanej w zapytaniu ofertowym.
3. Dysponuję odpowiednimi zasobami technicznymi niezbędnymi do transportu odpadów medycznych.
4. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

 ……………………………………

Pieczątka i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej