

Załącznik nr 3 do Zapytania cenowego

**Oświadczenie Wykonawcy dotyczące spełnienia warunków udziału w postępowaniu**

1. **ZAMAWIAJĄCY:**

**Miasto Łódź – Centrum Administracyjne Pieczy Zastępczej**

**ul. Małachowskiego 74**

**90-159 Łódź**

1. **Niniejsza oferta zostaje złożona przez:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** | **Adres(y) Wykonawcy (ów)** | **NIP** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Na potrzeby zapytania usługa polegająca na leczeniu stomatologicznym w zakresie ortodoncji dziecięcej dla 10 dzieci przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych na ternie miasta Łodzi, oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu w zakresie określonym   
w Zaproszeniu do złożenia oferty w pkt. V.1.3).

|  |  |
| --- | --- |
| ………….………… | …………………………………………………………………….………………………….. |
| Miejscowość / Data | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy (ów). |