Załącznik nr 5

data: ...........................

…………………...........

Nazwa Wykonawcy

INSTYTUT BIOLOGII SSAKÓW   
POLSKIEJ AKADEMII NAUK

17-230 BIAŁOWIEŻA, UL. STOCZEK 1

email: mrips@ibs.bialowieza.pl

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam/my, że:

* 1. posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
  2. posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia. W celu potwierdzenia spełnienia niniejszego warunku przedłożymy na żądanie Zamawiającego potwierdzenie, że w okresie 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy, to za ten okres prowadzenia działalności, wykonaliśmy należycie co najmniej pięć usługę o podobnym charakterze o wartości zamówienia nie mniejszej niż 20 000 zł.
  3. znajdujmy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
  4. na każde żądanie zamawiającego dostarczymy niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej kwestii zawartej w oświadczeniu.

……………………………………….

Podpis i pieczęć Wykonawcy