Załącznik nr 4

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.
	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