**…………………….……..**

**(miejscowość, data)**

**…………………….……..**

**…………………….……..**

**Nazwa i adres Wykonawcy/ów**

**OŚWIADCZENIE**

**dot. spełniania warunku zdolności technicznej zgodnie z SWZ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Usługi pralnicze na potrzeby SPZOZ w Łapach”, znak sprawy: ZP/40/2022/TP,** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Janusza Korczaka 23, 18-100 Łapy oświadczam, iż spełniam warunek udziału w postępowaniu zgodnie z SWZ:

**dysponuję co najmniej:**

* jedną pralnicą tunelową zakończoną prasą do prania wodnego dla bielizny płaskiej,
* systemem radiowej identyfikacji bielizny (RFID) w celu monitoringu
i ewidencjonowania każdej sztuki asortymentu bielizny szpitalnej.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*