



**PROGRAM
REGIONALNY**
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**DOLNY
ŚLĄSK**

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



ZA/ CZNIK NR 1

O WIADCZENIA WYKONAWCY

Nazwa wykonawcy:

Adres wykonawcy:

Numer telefonu:, numer fax-u....., e-mail

Stosownie do treści art. 22 ustawy z dnia 29.01.2004r. (Dz. U. z 2015r. poz. 2164 ó z późn. zm.)
o wiadczeniach, oświadczam:

- posiadam(y) zdolności techniczne i zawodowe niezbędne do realizacji zamówienia.

*Prawdziwo powyższych danych potwierdzam(my) własnym czynnym podpisem wiadom(mi)
odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.*

Podpisano

.....
(upoważnieni przedstawiciele Wykonawcy)

.....
(nazwa, adres)