

← W polu obok proszę odcisnąć pieczętkę podmiotu (instytucji, firmy) z pełną nazwą, aktualnymi danymi teleadresowymi, numerami NIP i REGON

Uwaga: dane muszą być czytelne!

Oświadczenie z dnia

Dotyczy zamówienia nr z dnia

o wartości PLN

Nr i data specyfikacji/oferty:

Oświadczam, że:

1. jestem uprawniona/uprawniony do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu oznaczonego pieczęcią w nagłówku,
2. podmiot, który reprezentuję jest w pełni wypłacalny i posiada wystarczające środki finansowe przeznaczone do zapłaty za towary/usługi zakupione w Instytucie Dermatologii w Krakowie 31-334, ul. Wł. Łokietka 294A, NIP 9452099881, dalej określanym jako „Instytut Dermatologii”,
3. należna kwota za towary/usługi zakupione w Instytucie Dermatologii zostanie w całości uiszczona przelewem na konto Instytutu Dermatologii najpóźniej w ostatnim dniu terminu płatności podanego na fakturze,
4. wobec podmiotu, który reprezentuję, nie toczy się postępowanie sądowe, skarbowe, komornicze, egzekucyjne, ani jakiegokolwiek inne, które mogłoby doprowadzić do zajęcia na rzecz innych podmiotów lub osób środków przeznaczonych na zapłatę za towary/usługi Instytutu Dermatologii,
5. podmiot, który reprezentuję nie posiada zaległych/przeterminowanych płatności wobec dostawców towarów i usług,
6. wobec podmiotu, który reprezentuję, nie toczą się aktualnie jakiegokolwiek procesy przekształceniowe, likwidacyjne, upadłościowe, podziały ani inne, które mogłyby doprowadzić do zaprzestania działalności przed całkowitym pokryciem zobowiązań finansowych wobec Instytutu Dermatologii,
7. do niniejszego oświadczenia dołączam kopię dokumentu rejestrowego reprezentowanego przeze mnie podmiotu w aktualnym brzmieniu, którego zgodność z oryginałem potwierdzam własnoręcznym podpisem złożonym na każdej stronie kopii.

Rodzaj załączonego dokumentu rejestrowego (niepotrzebne skreślić):

- aktualny wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego
- aktualny wyciąg z wpisu do Ewidencji Działalności Gospodarczej

Imię i nazwisko składającego oświadczenie (czytelnie):

Funkcja składającego oświadczenie, uprawnionego do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu Podmiotu i składającego niniejsze oświadczenie (niepotrzebne skreślić, proszę pozostawić jedną opcję): **Właściciel, Dyrektor naczelny, Główny Księgowy, Kwestor, Prezes Zarządu.**

Pieczętka imienna składającego oświadczenie:

Własnoręczny podpis:

Uwaga:

1. Oryginał niniejszego oświadczenia oraz potwierdzoną kopię dokumentu rejestrowego, opieczetowane i podpisane należy wysłać POCZTĄ na adres:
Instytut Dermatologii Sp. z o. o., ul. Władysława Łokietka 294 A, 31-334 Kraków.
2. Oświadczenie i dokument rejestrowy przesłane faksem nie będą akceptowane.
3. Oświadczenia bez podpisu, wypełnione nieczytelnie, z nieczytelnymi odciskami pieczęci, lub złożone bez uwierzytelnionej kopii dokumentu rejestrowego nie będą brane pod uwagę!