

Zamawiający:
**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
i Administracji w Koszalinie
75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2**

Wykonawca:

.....
(pieczęć Wykonawcy)

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Oświadczenie wykonawcy

składane na podstawie art. 125a ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r. r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Świadczenie usług sprzątnięcia dla SP ZOZ MSWiA w Koszalinie w lokalizacji Słupsk:

- Przychodnia ul. Lelewela 58,
- Przychodnia ul. 3-go Maja ,
- Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Słupsk”

prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Koszalinie, oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, iż spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego
w

(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)

INFORMACJE W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW :

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w (wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)

Polegam na zasobach następujących podmiotów

..... w następującym zakresie:
(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu)

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)