*Załącznik nr 3 do SWZ*

*ZP/09/2024*

**Wykonawca: Zamawiający:**

…………………………………………… 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ

…………………………………………… 45-759 Opole, ul. Wróblewskiego 46

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………

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

SPEŁNIANIE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY/ WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCEGO SIĘ

O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. *Realizacja programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach - „Dobry posiłek w szpitalu”,*  nr postępowania: ZP/09/2024,prowadzonego przez 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Opolu*,* oświadczam, co następuje:

***Oświadczenia dotyczące Wykonawcy:***

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  ***Specyfikacji Warunków Zamówienia***

***Oświadczenie dotyczące podmiotu, na którego zasoby powołuje się Wykonawca:***

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 następującego/ych podmiotu/ów: ………………………………….…………………………………….., w następującym zakresie: ………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

***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.

…………..…, dnia ………….………

…............................................

podpis osoby/osób uprawnionych   
 do reprezentacji Wykonawcy

lub pełnomocnika1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty