

Zamawiający:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKOŁYSZYNIE

Skołyszyn 232, 38-242 Skołyszyn, NIP 6851950756, REGON 370444492,

Nr KRS: 0000010487

Pełnomocnik Zamawiającego:

GMINA SKOŁYSZYN

38-242 Skołyszyn 12

tel. /fax 13 4491062-64

e-mail: przetargi@skolyszyn.pl; gmina@skolyszyn.pl

strona internetowa: <https://bip.skolyszyn.pl>

Wykonawca:

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:

NIP/PESEL, KRS/CEiDG) reprezentowany przez:

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do
reprezentacji)

**Oświadczenie wykonawcy składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp
DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU.**

My niżej podpisani:

działając w imieniu i na rzecz:

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na zadanie pn.

**„Zakup i montaż mebli, wyposażenia do nowego budynku Ośrodka Zdrowia
w Święcanach, na działce nr ewid. 1642/1”**

Zamówienie publiczne nr GPIR.271.1.28.2022

1. Oświadczamy, że (należy zaznaczyć właściwe):

UWAGA! Plik należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/-ne do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy.

TAK

spełniamy warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

NIE

nie spełniamy warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia.

2. INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW

Oświadczamy również, że (należy zaznaczyć właściwe):

TAK

polegamy na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

w następującym zakresie

NIE

nie polegamy na zasobach innego/innych podmiotu/ów:

3. Oświadczamy również, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą.

.....
/miejsowość, data/

UWAGA! Plik należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/-ne do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy.