Załącznik nr 4 do SWZ

**Zamawiający:**

**Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy**

**09-402 Płock, ul. Kolegialna 17**

*pełna nazwa/firma, adres)*

**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 z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Opracowanie kompleksowej, wielobranżowej dokumentacji projektowej i kosztorysowej wraz z uzyskaniem decyzji pozwolenia na roboty budowlane oraz z usługą pełnienia nadzoru autorskiego w ramach zadania inwestycyjnego „Modernizacja obiektów MWOMP w Płocku oddział w Warszawie – etap I dokumentacja”.**oświadczam, co następuje:

1. **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu w zakresie wskazanym przez Zamawiającego w ogłoszeniu o niniejszym zamówieniu oraz w Rozdziale 20 specyfikacji warunków zamówienia (SWZ);

oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w Rozdziale 20 specyfikacji warunków zamówienia (SWZ);

polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: \*

…………………………………………………………………………………………..…………………...........…… /wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu/

\* jeżeli dotyczy

**II. 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.

………………………………………

kwalifikowany podpis elektroniczny,

 podpis zaufany, podpis osobisty

osoby/osób uprawnionych/upoważnionych