

Wykonawca:

Olsztyński Zakład Komunalny Sp. z o. o.
ul. Lubelska 43D, 10-410 Olsztyn
(pełna nazwa/ firma, adres)

Oświadczenie Wykonawcy

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

Prawo zamówień publicznych (zwanej dalej ustawą)

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **odbiór odpadów medycznych**, prowadzonego przez Szpital Powiatowy w Zambrowie,
Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w **Rozdziale XX Specyfikacji Warunków Zamówienia**.

* Jednocześnie informuję, że podmiotowe środki dowodowe wymienione w SWZ można uzyskać za pomocą bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych pod adresem:

.....nie dotyczy.....

(podać link strony)

** wypełnić w przypadku takiej możliwości*