

Wykonawca:

MPO Sp. z o.o.

15-950 Białystok

ul. 42 Pułku Piechoty 48

.....

(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. **świadczenie usług w zakresie odbioru, transportu i utylizacji 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:

- Rejestr BDO, Nr BDO: 000012224 <https://rejestr-bdo.mos.gov.pl/Registry/Index>

.....

(podać link strony)

* wypełnić w przypadku takiej możliwości