*Załącznik nr 8 do SWZ*

*Znak postępowania:*  **29/TP/2022**

**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji

w Kielcach im. św. Jana Pawła II

**Wykonawca/Podmiot udostępniający zasoby:**

………………………………………………………..……………………………

Nazwa (Firma) Wykonawcy/ Podmiot udostępniający zasoby

………………………………………………………………………………………….

Adres Wykonawcy/ Podmiotu udostępniającego zasoby

…………………………………………………………………

NIP, REGON

**„Roboty budowlane związane z adaptacją pomieszczenia - pracowni tomografii komputerowej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła II”**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY\*/WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA\*/PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY\***

 **O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU, O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST. 1**

Oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu oraz niepodleganiu wykluczeniu *……………………*, pozostają aktualne.

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

(data i podpis wykonawcy)

Oświadczam, że wszystkie informacje podane powyżej są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

 (data i podpis wykonawcy)