|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..  (nazwa i adres podmiotu udostępniającego zasoby) |  | **Załącznik nr 1b do SWZ**  **(jeżeli dotyczy)** |
|  | | |
| dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie podstawowym na świadczenie całodobowych usług odpłatnego transportu medycznego w latach 2021-2022, znak sprawy:  4 WSzKzP.SZP.2612.46.2021 | | |
|  | | |
|  | | |
| **OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**  **O NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU**  **I SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU,**  **O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST. 1 PZP** | | |

`

**Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu**

Oświadczam, że jako podmiot udostępniający zasoby nie podlegam wykluczeniu na podstawie:

* art. 108 ust. 1 pkt 1) – 6) PZP;
* art. 109 ust. 1 pkt 4) PZP.

**Oświadczenia o spełnianiu warunków**

Oświadczam, że w zakresie w jakim udostępniam zasoby, spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w Rozdziale VIII SWZ.

Oświadczam, ze 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.