**OŚWIADCZENIE**

**O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**Zamawiający:**

### Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny

### Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Złocieńcu

ul. Kańsko 1

78-520 Złocieniec

**Przedmiot zamówienia:**

**Usługi doradztwa w zakresie prawidłowego funkcjonowania**

**Samodzielnego Publicznego Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Szpitala Specjalistycznego**

**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Złocieńcu**

**Nr zamówienia: 1/11/2024**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(Nazwa i adres wykonawcy)

**Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego, którego wartość nie przekracza kwoty, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1320 z późn. zm.), a także wydanymi na podstawie niniejszej ustawy rozporządzeniami wykonawczymi.**

**Spełniam warunki udziału w postępowaniu, co niniejszym oświadczam:**

**W ZAKRESIE DOŚWIADCZENIA W REALIZACJI USŁUG BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM ZAMÓWIENIA**

Oświadczam, że posiadam/nie posiadam**\*** doświadczenie w realizacji usług będących przedmiotem.

**W ZAKRESIE KOMPETENCJI LUB UPRAWNIEŃ DO PROWADZENIA OKREŚLONEJ DZIAŁALNOŚCI ZAWODOWEJ,**

**o ile wynika to z odrębnych przepisów**

Oświadczam, że dysponuję/nie dysponuję**\*** kompetencjami lub uprawnieniami do prowadzenia określonej działalności zawodowej,  
o ile wynika to z odrębnych przepisów.

**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.

**\*** – jeżeli nie dotyczy należy obowiązkowo skreślić