Załącznik nr 3 do SWZ

 Znak: ZP/OM/10/21

**Nazwa i adres wykonawcy**:

|  |
| --- |
|  |

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1**

**ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: Pzp)**

1. **DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **świadczenie usług w zakresie odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych dla SP ZOZ w Węgrowie, Znak sprawy: ZP/OM/10/21**, prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgrowie, oświadczam, że:

[ ]  nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art.108 ust.1 ustawy Pzp:

[ ]  zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art..............ustawy Pzp (*podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych
w art.108 ust.1 pkt 1,2,5 ustawy Pzp*). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art.110 ust.2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

|  |
| --- |
|  |

1. **DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **świadczenie usług w zakresie odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych dla SP ZOZ w Węgrowie, Znak sprawy: ZP/OM/10/21**, prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgrowie oświadczam że:

[ ]  spełniam warunki określone przez Zamawiającego w części VI Specyfikacji Warunków Zamówienia

[ ] nie spełniam warunków określonych przez Zamawiającego w części VI Specyfikacji Warunków Zamówienia\*

\**odpowiednie zaznaczyć*

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Podpis własnoręczny nie jest tożsamy z elektronicznym podpisem osobistym.***