***Załącznik nr 3 do SWZ***

 **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

**OŚWIADCZENIE**

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**I BRAKU PODSTAW WYKLUCZENIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **„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”. znak: 29/TP/2022**, prowadzonego w trybie podstawowym na podstawie art. 275 pkt 1 ustawy Pzp przez SP ZOZ MSWiA w Kielcach*,* oświadczam, co następuje:

**Oświadczam, że:**

* podlegam
* nie podlegam\*

wykluczeniu z udziału w postępowaniu na podstawie przepisu:

1. art. 108 ust. 1 p.z.p.,
2. art. 109 ust. 1 pkt. 4 p.z.p. – w zakresie jakim wymagał tego Zamawiający w SWZ
3. art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(data i podpis wykonawcy)**

**\* - zaznacz właściwe**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOT. SPEŁNIENIA WARUNKÓW**

Oświadczam, że:

* spełniam warunki
* nie spełniam warunków\*

udziału w postępowaniu wskazane przez zamawiającego w specyfikacji warunków zamówienia (SWZ)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(data i podpis wykonawcy)**

**\* - zaznacz właściwe**

**INFORMACJE NA TEMAT PODMIOTÓW UDOSTĘPNIAJĄCYCH ZASOBY**

Oświadczam, że w celu spełnienia warunków udziału w postepowaniu, określonych przez Zamawiającego w SWZ, polegam na zasobach następującego/-ych podmiotu/-ów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dane podmiotu udostępniającego zasoby** | **Zakres zasobów podmiotu trzeciego, na których polega Wykonawca** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(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)**

***Uwaga! Wymagany kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub
podpis osobisty)***

*Uwaga:*

1. *W przypadku polegania na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby, Wykonawca składa wraz z ofertą  także oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające spełnienie warunków udziału w postępowaniu w zakresie, w jakim Wykonawca powołuje się na jego zasoby. Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby  podpisuje/ą osoba upoważniona / osoby upoważnione ze strony tego podmiotu.*
2. *W przypadku podmiotów wspólnie ubiegających się udzielenie zamówienia oświadczenie podpisuje i składa  Wykonawca w zakresie w jakim każdy z Wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu.*