

**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z  
Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie  
Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn

**Wykonawca:**

.....

.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od  
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do  
reprezentacji)

**Oświadczenie Wykonawcy**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień  
publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**USŁUGI PRZEGLĄDÓW  
OKRESOWYCH ORAZ SERWISU URZĄDZEŃ ENDOSKOPOWYCH FIRMY OLYMPUS**”, znak sprawy: **ZPZ-  
47/08/19**, prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw  
Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, oświadczam, co  
następuje:

**I. INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego  
w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

..... dnia ..... r.

**Podpis elektroniczny**

**II. INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SIWZ, polegam na zasobach następującego/yh podmiotu/ów:

.....  
.....

....., w następującym zakresie:

.....  
.....

*(wskazać podmiot - podać pełną nazwę/firmę, adres, NIP i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

....., dnia ..... r.

**Podpis elektroniczny**

**II. 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.

.....dnia ..... r.

**Podpis elektroniczny**