**Załącznik nr 6a do SWZ**

Nazwa Podmiotu Udostępniającego Zasoby

...................................................................................................................................................................................

Adres Podmiotu Udostępniającego Zasoby

.....................................................................................................................................................................................

Numer telefonu i faksu, email ....................................................................................................................................................................................

**Oświadczenie Podmiotu Udostępniającego Zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 i ust. 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa PZP),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest:

**Dostawa ambulansu sanitarnego (typu C) wraz z wyposażeniem dla SPZOZ Powiatowego Pogotowia Ratunkowego w Świdnicy**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy PZP.

Oświadczam, że 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 ustawy PZP).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze:

………………………………………………………………………………………………………….(jeżeli dotyczy).

**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.**

……………. *(miejscowość),* dnia ……………. r.

…………………………………………

(*podpis)\*\**

\*\**podpis zaufany, podpis osobisty lub kwalifikowany podpis elektroniczny.*

**Załącznik nr 6b do SWZ**

Nazwa Podmiotu Udostępniającego Zasoby

...................................................................................................................................................................................

Adres Podmiotu Udostępniającego Zasoby

.....................................................................................................................................................................................

Numer telefonu i faksu, email ....................................................................................................................................................................................

**Oświadczenie Podmiotu Udostępniającego Zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 i ust. 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa PZP),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest:

**Dostawa ambulansu sanitarnego (typu C) wraz z wyposażeniem dla SPZOZ Powiatowego Pogotowia Ratunkowego w Świdnicy**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia w rozdziale 14 SWZ.

**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.**

………………. *(miejscowość),* dnia ……………. r.

………………………………………

*(podpis)\**

*\*podpis zaufany, podpis osobisty lub kwalifikowany podpis elektroniczny.*