**Załącznik nr 4 do SWZ**

**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. 125 UST. 1 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2019R.  Prawo zamówień publicznych (dalej jako: Pzp)  **DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU** |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
pn. *„wymiana dźwigu osobowego w budynku głównym 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie – znak sprawy RPoZP 37/2020* prowadzonego przez 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie*,* oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SWZ, dotyczące uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej.

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 przedstawieniu informacji.

„***Niniejszy dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym”***