**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Zam. 143/2023/TP/DZP**

**Wykonawca/Wykonawca wspólnie ubiegający się o zamówienie/Podmiotu udostępniającego zasoby\***

………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy/ Wykonawca wspólnie ubiegający się o zamówienie/Podmiotu udostępniającego zasoby\***

**dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych.**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego realizowanego w trybie podstawowym pt. ***„Wykonanie usługi polegającej na instalacji rezonansu magnetycznego MR450W firmy GE Healthcare wraz ze szkoleniem personelu dla Wydziału Medycyny Weterynaryjnej Uniwersytetu Warmińsko – Mazurskiego w Olsztynie”,*** *prowadzonego* przez Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, oświadczam co następuje:

Spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SWZ, dotyczące *zdolności technicznej i zawodowej oraz sytuacji ekonomicznej lub finansowej.*

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyżej aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

***podpis Wykonawcy/***

***Wykonawca wspólnie ubiegający się o zamówienie/***

***Podmiotu udostępniającego zasoby\****

**zgodnie zapisami SWZ**

***\*Niepotrzebne skreślić***