*Załącznik nr 3a do SWZ*

**Podmiot udostępniający zasoby:**

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………..

*(pełna nazwa / firma, adres, NIP / PESEL, KRS / CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………..

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

**Oświadczenie Podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 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 pn. **Świadczenie usług transportu sanitarnego
na potrzeby działalności Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. IZP.2411.250.2023.AJ**,oświadczam, co następuje:

W związku z udostępnieniem Wykonawcy zasobów w zakresie: …………………………….…………………………………..……………………… oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale IX pkt ……….
ppkt ………… Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.