#### **Załącznik nr 4 do SWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| ***PODMIOT UDOSTĘPNIAJĄCY ZASOBY:***  *……………………………………………………………………………..*  *Nazwa albo imię i nazwisko podmiotu udostępniającego zasoby*  *……………………………………………………………………………..*  *Adres*  *w zależności od podmiotu: NIP/PESEL ……..……………………….*  *REGON:…………………………………..* | ***ZAMAWIAJĄCY:***  *Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii  w Opolu*  *45-066 Opole, ul. Reymonta 8*  *NIP: 754-24-80-425*  *REGON: 000640136* |

**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),**

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***Prowadzenie kompleksowej obsługi w zakresie nadzoru inwestorskiego przy realizacji przebudowy pomieszczeń higienicznosanitarnych w budynku „A” wraz z uzupełniającymi robotami remontowymi na I, II oraz III piętrze budynku „A” Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu****,* prowadzonego przez Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu w trybie podstawowym bez negocjacji o sygnaturze **DZP.26.2.7.2021**:

**O NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1  
oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.

**O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Oświadczam, że w zakresie w jakim udostępniam zasoby, spełniam warunki udziału   
w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt 5.1 Specyfikacji Warunków Zamówienia.

.