

Wykonawca:

**Olsztyński Zakład Komunalny Sp. z o. o.**  
**ul. Lubelska 43D, 10-410 Olsztyn**  
*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

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

**Prawo zamówień publicznych (zwanej dalej ustawą)**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **odbiór odpadów medycznych**, prowadzonego przez Szpital Powiatowy w Zambrowie,  
Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w **Rozdziale XX Specyfikacji Warunków Zamówienia**.

\* Jednocześnie informuję, że podmiotowe środki dowodowe wymienione w SWZ można uzyskać za pomocą bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych pod adresem:

.....

(podać link strony)

\* wypełnić w przypadku takiej możliwości