**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Zam. 347/2024/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 na usługi społeczne pt. **Kompleksowa usługa odbioru oraz unieszkodliwienie odpadów medycznych i weterynaryjnych ze wszystkich jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie,** prowadzonego przez Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, oświadczam, że:

1. Spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SWZ, dotyczące *zdolności technicznej lub zawodowej.*

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***