Załącznik Nr 3a do SWZ

Nazwa podmiotu udostępniającego zasoby: ……………………………………………….………………………………………………………..……………………..

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

reprezentowany przez: ……………………….………………………………………………….………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Nr tel. / nr fax …………………… e-mail ………………………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Pzp)

o niepodleganiu wykluczeniu i spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

**(Oświadczenie składane wraz z ofertą przez podmiot udostępniający zasoby)**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pt. **Dostawa produktów leczniczych, wyrobów medycznych wraz z dzierżawą aparatu do hemodializy do Apteki Szpitalnej;   
nr referencyjny: P/3/2023,** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Piszu*,* oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że odpowiednio spełniam warunki udziału w postępowaniu, w jakim Wykonawca powołuje się na moje zasoby;

2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 i art. 109 ust. 1 pkt 4 Pzp;

Dokumenty, które Zamawiający może samodzielnie pobrać z bezpłatnych baz danych (np. CEDiG, KRS itd.) ……………………………..………………………………………………………………………………………………..

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

…………….……. (miejscowość), dnia …………………. r.

*W przypadku składania oświadczenia przez Podmiot udostępniający zasoby dokument podpisuje właściwie*

*umocowany przedstawicie Podmiotu udostępniającego zasoby podpisuje dokument kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*