**Załącznik nr 3 do SWZ** (załączyć do oferty)  **19/ZP/2024**

**Wykonawca:**

|  |
| --- |
|  |

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

reprezentowany przez:

|  |
| --- |
|  |

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA ORAZ O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

zgodnie z art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych

(t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1320).

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**Świadczenie kompleksowej usługi pralniczej przez okres 24 miesięcy”, nr postępowania 19/ZP/2024** prowadzonego przez Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie,oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w **Rozdziale VIII SWZ.**
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 108 ust 1 ustawy p.z.p.

**lub**

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. [ ] ustawy p.z.p. (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1,2 i 5 ustawy p.z.p.). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy p.z.p. podjąłem następujące środki naprawcze: [ ]**[[1]](#footnote-1).**

3. 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.

W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia, niniejsze oświadczenie składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.

UWAGA: Wykonawca, w przypadku polegania na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby, przedstawia wraz z oświadczeniem, także oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające brak podstaw wykluczenia tego podmiotu oraz odpowiednio spełnianie warunków udziału w postępowaniu, w zakresie, w jakim wykonawca powołuje się na jego zasoby, zgodnie z katalogiem dokumentów określonych w **Rozdziale X SWZ**.

Wypełnić jeśli dotyczy

Oświadczam, że następujące podmioty, będące podwykonawcami: [ ] (podać pełną nazwę/firmę, adres) nie podlegają wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

* + - 1. Oświadczam, że niżej wskazanym podwykonawcom\*:

|  |
| --- |
|  |

(nazwa podwykonawcy)

* + - 1. Powierzam/my wykonanie następujących części (zakres) zamówienia\*:

|  |
| --- |
|  |

\* wypełnić jeśli dotyczy

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)