Załącznik nr 3a do SWZ

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

|  |
| --- |
| **Oświadczenia Wykonawcy**  **składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych dotyczące spełnienia warunków udziału w postępowaniu** |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie pn.

***„Dostawa środków ochrony indywidualnej na potrzeby Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mogilnie”***

**Oświadczam/my**\*, że **spełniam/my\*** warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w rozdziale ……….SWZ, dotyczące ……………………………….,*(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*, o ile wynika to   
z odrębnych przepisów\*.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………….*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

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 przedstawieniu informacji.

\* jeżeli nie dotyczy proszę przekreślić