**Załącznik nr 5 do SWZ**

Znak postępowania**: 6/ZP/RB/2024**

**Zamawiający :**

**Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego**

38-440 Iwonicz-Zdrój, ul. Ks. Jana Rąba 22

NIP: 684 10 03 649, REGON: 370016916,

e-mail: **przetargi@crriwonicz.pl**

**Oświadczenie**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

**PODMIOT W IMIENIU KTÓREGO SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE :**

Wykonawca, w tym wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia

…………………………………………………..…..…………

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

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

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

|  |
| --- |
| **Oświadczenie składane na podstawie art. 273 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych - dalej: ustawa Pzp**  **DOTYCZĄCE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU** |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**„Modernizacja gabinetów lekarskich (w trybie zaprojektuj-zbuduj”**prowadzonego przez Zamawiającego**, oświadczam, że:**

**1. Informacja o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**:

Oświadczam, że podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie spełnia warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale 6, w odniesieniu do warunku/ów określonego w punkcie 6.1.3.SWZ

**2. Oświadczenie dotyczące podanych informacji:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą.