**Zamawiający:**

**WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

**W KIELCACH**

**UL. GRUNWALDZKA 45**

**25-736 KIELCE**

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (zwanej dalej jako u.p.z.p.),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Wykonanie robót budowlano-instalacyjnych w celu realizacji zadania pn. „Przebudowa Klinicznego Oddziału Leczenia Udarów Mózgu Świętokrzyskiego Centrum Neurologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach”,** znak:**EZ/192/2024/ESŁ***,* oświadczam co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego **w SWZ.**

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego **w SWZ,** polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ……………………………

..………………………………………………………………………………………..………………………..…………………………………….., w następującym zakresie: …………………….………………..……….

………………………………………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu)*

*Uwaga: W przypadku gdy Wykonawca nie powołuje się na zasoby podmiotów trzecich w przedmiotowym postepowaniu oświadczenie należy wykreślić. Zamawiający równoznacznie ze skreśleniem oświadczenia będzie rozumiał nie uzupełnienie jego treści.*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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.