**Zamawiający:**

**SZPITAL POWIETOWY W CHMIELNIKU**

**UL. KIELECKA 1-3**

**26-020 CHMIELNIK**

*………………………………………*

*………………………………………*

*(pełna nazwa/firma,*

*adres,*

*w zależności od podmiotu:NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………

*(imię, nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

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

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **„Zakup i dostawę nici chirurgicznych”** na potrzeby Szpitala Powiatowego w Chmielniku **nr postępowania: 2/26/PN/19/24***,* oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w **SWZ znak 2/26/PN/19/24** w następującym zakresie **tj. dotyczy warunku udziału określonego w pkt ………….SWZ.**

**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.