**Nr sprawy: Z-t-P/65/2025**

**Załącznik nr 3 do SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

*Zamawiający:*

KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI

w Olsztynie

ul. Partyzantów 6/8, 10-521 Olsztyn

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

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

**Prawo zamówień publicznych**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym bez negocjacjina **Świadczenie usług społecznych z zakresu medycyny pracy dla policjantów i pracowników cywilnych   
KPP Ełk, KPP Giżycko, KPP Gołdap, KPP Pisz, KPP Olecko i KPP Węgorzewo,** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

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

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

**UWAGA! Dokument należy sporządzić w formie elektronicznej (opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym) albo w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym   
lub podpisem osobistym (e-dowód).**