**Załącznik nr 4 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu**

Wykonawca:

***………………………………………….***

***………………………………………….***

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności

od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez :

***………………………………………….***

***………………………………………….***

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr ………………….., **pn.:** Dostawa „opasek medycznych” oraz świadczenie usługi obejmującej całodobową obsługę monitoringu przez centrum teleopieki, w ramach projektu pn. „Nie jesteś sam!” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej i budżetu państwa w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027, prowadzonego przez Zamawiającego oświadczam, co następuje:

1. podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie spełnia warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale VII, pkt. 2 Specyfikacji Warunków Zamówieniaw zakresie warunku 2.2 dotyczącego uprawnień do prowadzenia w danym zakresie określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów[[1]](#footnote-1), tj. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie spełnia warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale VII, pkt. 2 Specyfikacji Warunków Zamówienia w zakresie warunku 2.3 dotyczącego sytuacji ekonomicznej lub finansowej, tj. Wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia na sumę gwarancyjną nie mniejszą niż 100 000,00 zł[[2]](#footnote-2), tj.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie spełnia warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale VII, pkt. 2 Specyfikacji Warunków Zamówieniaw zakresie warunku 2.4 dotyczącego zdolności technicznej lub zawodowej [[3]](#footnote-3), tj. zrealizował (lub jest w trakcie realizacji) świadczenia usług teleopieki w systemie 24 h/dobę, 7 dni w tygodniu zgodnie z danymi zawartymi w poniższej tabeli:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres** | **Ilość osób objętych usługą i dostawą opasek** | **Wartość zrealizowanego zamówienia** | **Termin realizacji zamówienia** |
| … |  |  |  |  |

Oświadczam/oświadczamy, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą i aktualne na dzień złożenia oferty. Jestem/Jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

**Podpis elektroniczny osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy**  
(kwalifikowany podpis elektroniczny / podpis zaufany / podpis osobisty)

1. **należy opisać w jaki sposób wykonawca spełnia warunek, dodatkowo na potwierdzenie spełnienia warunku należy do oświadczenia dołączyć skan odpowiedniego dokumentu, którego dotyczy oświadczenie** [↑](#footnote-ref-1)
2. **należy opisać w jaki sposób wykonawca spełnia warunek, dodatkowo na potwierdzenie spełnienia warunku należy do oświadczenia dołączyć skan odpowiedniego dokumentu, którego dotyczy oświadczenie** [↑](#footnote-ref-2)
3. **na potwierdzenie spełnienia warunku należy do oświadczenia dołączyć dokumenty potwierdzające dane zawarte w tabeli** [↑](#footnote-ref-3)