**Załącznik nr 3 – do SWZ (Oświadczenia wykonawcy/wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia)**

**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Gminna Przychodnia Zdrowia w Andrespolu

z siedzibą w Andrespolu

ul. Rokicińska 125

95-020 Andrespol

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST. 1**

**USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2019R. PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, pn.: **Zakup i dostawa fabrycznie nowego sprzętu medycznego dla Gminnej Przychodni Zdrowia w Andrespolu w ramach programu „Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)”,** oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia i ogłoszeniu o zamówieniu.

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.