**ZPD/01/26**  *Załącznik nr 4*

**ZAMAWIAJĄCY :**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**w Obornikach**

**ul. Szpitala 2**

**64 – 600 Oborniki**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**WYKONAWCA :**

**…..........................................................**

**…..........................................................**

**…..........................................................**

*(pełna nazwa firmy. Adres, NIP, KRS)*

**Reprezentowany przez :**

***…................................................................***

***…...............................................................***

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

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

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Doposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oddziału wewnętrznego w SP ZOZ Oborniki***(nazwa postępowania)*, prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach *(oznaczenie zamawiającego),* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w rozdz. V Specyfikacji Warunków Zamówieniana **Doposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oddziału wewnętrznego w SP ZOZ Oborniki** *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*.

**OŚWIADCZENIE DOCZYCĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu zgodnie z art. 112 ustawy Pzp.

**INFORMACJA W ZAKRESIE KATEGORII PRZEDSIĘBIORSTWA:**

[ ] Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem

[ ] Wykonawca jest małym przedsiębiorstwem

[ ] Wykonawca jest średnim przedsiębiorstwem

[ ] Wykonawca prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą

[ ] Wykonawca jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

[ ] Inny rodzaj (podać) ….........................................

*( Należy zaznaczyć “X” właściwą odpowiedź )*

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w rozdziale VIII Specyfikacji Warunków Zamówienia zwanej dalej SWZ *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …………………………………………………………………....…….

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

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

*\* niepotrzebne skreślić / uzupełnić tylko w przypadku polegania na zasobach innych podmiotów*

**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.

…..................................................................................   
 (*Podpis Wykonawcy/ osoby upoważnionej)*