*Zał. nr 1b do ZO/1/ .2025*

**ZAMAWIAJĄCY:**

**SP ZOZ W RYPINIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy**  **(pełna nazwa/firma):** |  |
| **Adres**  **Wykonawcy*:*** |  |
| **w zależności**  **od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG** |  |
| **Reprezentowany przez (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)** |  |

**Oświadczenie wykonawcy**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego w trybie zapytania ofertowego pn. **„ DOSTAWA ŻYWIENIA MEDYCZNEGO”** (nr post.), prowadzonego przez SP ZOZ w RYPINIE, oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym ZO/1/2025

**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.

***Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, profilem zaufanym lub podpisem osobistym.***