***ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SIWZ***

**Zamawiający:**

**6 SZPITAL WOJSKOWY   
Z PRZYCHODNIĄ – SP ZOZ   
ul. Szpitalna 2  
08-530 DĘBLIN**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na ***roboty budowlane dla 6 Szpitala Wojskowego z Przychodnią – SP ZOZ w Dęblinie, ul. Szpitalna 2, numer postępowania: 12/LOG/2019*** prowadzonego przez 6 Szpital Wojskowy z Przychodnią – SP ZOZ w Dęblinie*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

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

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

…………………………………………

*(podpis)*

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Ogłoszeniu o zamówieniu i Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia*,* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …………………………….…………………………………….., w następującym zakresie: …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

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

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

…………………………………………

*(podpis)*

**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.

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

…………………………………………

*(podpis)*