

Zamawiający:
**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
i Administracji w Koszalinie
75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2**

Wykonawca:

.....
(pieczęć Wykonawcy)

reprezentowany przez:

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

Oświadczenie Wykonawcy

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W ZAPYTANIU OFERTOWYM

na potrzeby zapytania ofertowego o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Zakup i sukcesywna dostawa środków dezynfekcyjnych dla SP ZOZ MSWiA w Koszalinie** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Koszalinie, oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, iż spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego
W
(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)

INFORMACJE W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w zapytaniu ofertowym, określonych przez Zamawiającego polegam na zasobach następujących podmiotów

.....
..... w następującym zakresie:

(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)

Oświadczam, że podlegam / nie podlegam * wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

.....
(miejscowość, data)

.....

(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)

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.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.

.....
(miejscowość, data)

.....

(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)