

Zamawiający:

SP ZOZ MSWiA
Centrum Rehabilitacji w Górznie
Górzno 63
64-120 Krzemieniewo

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O SPEŁNIENIU WARUNKÓW
UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU O ZAMÓWIENIE PUBLICZNE**

Przedmiot zamówienia pn.: „**Zakup i dostawa sprzętu i wyposażenia do rehabilitacji na potrzeby Ośrodka Dziennego dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego oraz dla osób dorosłych w SP ZOZ MSWiA Centrum Rehabilitacji w Górznie**”.

Dane wykonawcy:

Nazwa Wykonawcy: F.H.U. Euro-Medical Maciej Świda
Adres Wykonawcy: ul. Fabryczna 19, 34-300 Żywiec
NIP/PESEL: 553-220-16-41
KRS/CEiDG: 9425/2009

reprezentowany przez:

1. Maciej Świda – właściciel;
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa reprezentacji)

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY

Niniejszym oświadczam, iż na dzień składania ofert spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia i w ogłoszeniu o zamówieniu.

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW

~~Niniejszym oświadczam, iż celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu określonych w SWZ za zamówienie pn.: „Zakup i dostawa sprzętu i wyposażenia do rehabilitacji na potrzeby Ośrodka Dziennego dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego oraz dla osób dorosłych w SP ZOZ MSWiA Centrum Rehabilitacji w Górznie” polegam na zasobach następującego/cych podmiotu/ów:~~
~~w następującym zakresie:~~

(wskazać podmiot i określić zakres dla wskazanego podmiotu)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI

Niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały z pełną świadomością konsekwencji prawnych wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Żywiec, dnia 28-07-2026r.

(miejscowość, data)

.....

(podpis)

Uwaga:

Podmiot udostępniający zasoby lub podwykonawca winien złożyć oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu odpowiednio dla swojego zakresu.