

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”.**

Nazwa Wykonawcy: POLOmed Andrzej Połoński

Adres Wykonawcy: ul.Moniuszki 29/13, 75-556 Koszalin

NIP/PESEL: PL 669 200 83 10

KRS/CEiDG:

Reprezentowany przez:

1. Andrzej Połoński właściciel firmy

2.

(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:nie...dotyczy.....
.....

(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.

Koszalin 29.07.2026
(miejscowość, data)

Andrzej Połoński
(podpis)

Uwaga:

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