***ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SIWZ***

 **Zamawiający:**

 **Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ w Kielcach**

 **ul. Szczepaniaka 23, 25-118 Kielce NIP 959-12-89-935**

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 pn. **Dostawa odczynników do koagulologii z dzierżawą analizatora koagulologicznego na okres 3 lat** prowadzonego przez **Wojskową Specjalistyczną Przychodnię Lekarską SPZOZ w Kielcach***,* 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)*