***ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SWZ***

**Zamawiający:**

**Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ w Kielcach**

ul. Szczepaniaka 23, 25-118 Kielce

**Wykonawca:**

………………………………………………………….………………………………………………

…………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres,
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………………………………..……

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

– Oświadczenia o braku podstaw wykluczenia i o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu

ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego na:

**„Zakup i dostawę Zestawu ultrasonograficznego„**

**Znak sprawy ZP/1/2024**

składam/y następujące oświadczenia dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz o braku podstaw wykluczenia z postępowania składane na podstawie art. 125 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo Zamówień Publicznych.

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY**

□ Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Rozdziale VII SWZ

□ Oświadczam, iż nie podlegam wykluczeniu na podstawie art. 108 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Rozdział VIII SWZ)

□ Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ……………………...........………... ustawy Pzp. Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

…………………………..............……..............................................................………………………………………… ……………………………..............................................................……………..............………………………………

………………………………..............................................................……………………………………………...........

………………………………..............................................................………………………………………………..............……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

□ Oświadczam, że wobec mnie wydano prawomocny wyrok sądu lub ostateczną decyzję administracyjną o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne:

 □ a przed upływem terminu składania ofert dokonałem płatności należnych podatków, opłat

 lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne wraz z odsetkami lub grzywnami;

 □ zawarłem wiążące porozumienie w sprawie spłaty tych należności.

………....................................….*,* dnia ……....…......….……. r.

 *(miejscowość)*

 …………………................………………………

 *(podpis)*

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w zakresie opisanym **w Rozdziale X** SWZ*,* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………

w następującym zakresie:

………………………………………………………………………...…………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………...……………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………...………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………...……..…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………

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

………....................................….*,* dnia ……....…......….……. r.

 *(miejscowość)*

 …………………................………………………

 *(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.

………....................................….*,* dnia ……....…......….……. r.

 *(miejscowość)*

 …………………................………………………

 *(podpis)*