**Załącznik Nr 1B do SWZ/ZP/TP – 23/2023**

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny Zakład**

**Opieki Zdrowotnej**

**w Rypinie**

**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.125 ust.1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.

Prawo zamówień publicznych, dotyczące

**SPEŁNIANIA WARUNKÓWUDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

W przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

**„Usługa odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych do utylizacji”**

prowadzonym przez SP ZOZ Rypin

Oświadczam, że na dzień składania ofert spełniam warunki udziału  
w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Dziale X Specyfikacji Warunków Zamówienia**.**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w przedmiotowym postępowaniu są aktualne  
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

……...……………………………………………

*kwalifikowany podpis elektroniczny,*

*podpis zaufany lub podpis osobisty*

*osoby/ osób/ upoważnionej/ych*

***UWAGA:***

*Niniejszy dokument składają wraz z ofertą wszyscy Wykonawcy biorący udział w postępowaniu.*

*W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców, oświadczenie potwierdza spełnianie warunków udziału w postępowaniu w zakresie, w jakim każdy z wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu.*