**Załącznik nr 4 do SWZ**

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 (t.j.**Dz. U. z 2023 r., poz. 1605 ze zm.)**

dalej jako: ustawa Pzp,

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **„Sukcesywna dostawa produktów leczniczych i wyrobów medycznych do apteki szpitalnej na potrzeby „Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o.o.”** prowadzonego przez „Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o.o. we Wrocławiu - nr sprawy **19b/LEKI/DCZP/2024/P,** oświadczam, co następuje:

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu/kryteria selekcji określone przez Zamawiającego w pkt. 7 SWZ.

 (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 pkt. 10 SWZ polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

w następującym zakresie:

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

 (miejscowość), dnia r.

……………………………..

(podpis)

\*Wypełnić tylko w przypadku, gdy wykonawca, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu polega na zasobach innych podmiotów.

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)