[](https://poliklinika.net/)

**Załącznik nr 3 do SWZ**

**Znak sprawy: PZ-29/07/20**

**Numer ogłoszenia w BZP: 2024/BZP 00429128/01**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Wykonanie instalacji współpracy Systemu Kontroli Dostępu założonego w drzwiach wejściowych Szpitalnych Oddziałów w budynkach: „B”, „D”, „E” i „F” z istniejącym Systemem Sygnalizacji Pożarowej Szpitala Klinicznego MSWiA z W-MCO w Olsztynie na podstawie projektu,** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu i specyfikacji warunków zamówienia (pkt. VIb SWZ)

**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 warunków zamówienia (pkt. VIb SWZ)*,* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …………………………………………………………………………………………w następującym zakresie:……………………………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

**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.

…………………………………………

*(kwalifikowany podpis elektroniczny, zaufany lub osobisty)*